



Tendi la mano A.I.P.O.M.Onlus
Associazione Italiana Patologie Osteometaboliche

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
Informativa ai sensi dell'art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali
(D.L.vo giugno 2003 n°196)

Sig. Ciafrei Nando

Responsabile del trattamento dei dati per l'acquisizione iniziale dei dati

Sede: Latina

Il sottoscrittonato a

il.....CF.....residente in

via.....n°.....cap..... documento n°

rilasciato da il telefono

dichiara di essere stato informato su:

- 1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, screening medico, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute; attività di carattere sociale;
- 2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private fiscalisti, medici associati e collaboratori, associazioni Onlus e di volontariato) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- 3 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- 4 il nome dell'incaricato che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo della struttura;
- 5 l'impossibilità a procedere nel rapporto nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

Data _____

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura e attività a carattere sociale al Sig. Ciafrei Nando

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Da conservare da parte del Titolare della struttura sanitaria