

DL 196 - 30.06.2003 art. 7 & art. 13  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Aventino Medical Group - via della Fonte di Fauno n. 22, 00153 Roma

SCRIVERE IN STAMPATELLO

M  
Io sottoscritto(a) \_\_\_\_\_  
 F Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato(a) a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

indirizzo Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

telefono: casa \_\_\_\_\_ ufficio \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

assicurazione medica  Sì  
 No quale? \_\_\_\_\_  
se Van Breda, n° tessera: \_\_\_\_\_

il nome del dottor \_\_\_\_\_ mi è stato dato da \_\_\_\_\_

dichiaro di essere stato(a) informato(a) su:

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della mia salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il mio diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché del fatto che i miei dati non verranno mai usati per l'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura ai medici dell'Aventino Medical Group

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_