

Gentile Cliente,

La informiamo che il Decreto Legislativo n. 196/2003 prevede la tutela dei dati personali e l'esecuzione di misure minime di sicurezza per la protezione degli stessi. Per questo motivo Le forniamo le seguenti informazioni:

① I dati personali saranno utilizzati per attività legate alla gestione organizzativa delle prestazioni fornite dal nostro studio medico, per l'emissione di fatture, per comunicareLe eventuali informazioni relative alle prestazioni da Lei eseguite presso il nostro studio.

Modalità di trattamento:

a) con supporto cartaceo e tali documenti saranno custoditi in apposito archivio protetto e accessibile solo a personale autorizzato;

b) con supporto informatico e tali apparecchiature saranno protette e accessibili solo a personale autorizzato nel pieno rispetto delle misure minime di sicurezza previste dall'art. 34

② Il conferimento di alcuni dati personali è facoltativo, ma resta obbligatorio per l'emissione di fatture legate a prestazioni del tutto private.

③ I dati saranno utilizzati per fini statistici interni.

④ Il titolare dei dati è il responsabile del sistema informativo Sig, Matteo Rolla.

Si richiama comunque integralmente il contenuto dell'art. 13, a disposizione su richiesta.

PRESTAZIONE EFFETTUATA CON IL DOTT.:

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DEI DATI SENSIBILI (art.23-26
Decreto Legislativo 196/03) E CONSENSO INFORMATO PER PRESTAZIONI SANITARIE**

IO SOTTOSCRITTO/A (*nome, cognome*):

NATO/A A: _____ PROVINCIA: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____ PROVINCIA: _____ CAP: _____

VIA/PIAZZA: _____ CODICE FISCALE: _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

In qualità di paziente ai fini delle norme che prevedono il consenso informato per i trattamenti terapeutici, dichiaro di essere stato informato sulle cure mediche propostemi e di averle liberamente accettate.

COLOGNO MONZESE (*data*):

FIRMA (*leggibile*):

Per ulteriori informazioni sul trattamento dei dati consultare la pagina: <https://www.dabmedica.it/privacy-policy/>.