

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER I PAZIENTI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ .Via _____ CAP _____ Località _____

dichiara

di essere stato esaustivamente e chiaramente informato su:

1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati generali (nome, cognome, indirizzo codice fiscale, numero di telefono, email,) sono connesse a finalità di ordine amministrativo della struttura per l'organizzazione degli appuntamenti, l'emissione di documenti fiscali e contabili.

2 le finalità e le modalità del trattamento dei dati sanitari, da intendersi le informazioni risultanti da esami e controlli effettuati su una parte del corpo o una sostanza organica, compresi i dati genetici e i campioni biologici; e qualsiasi informazione riguardante, ad esempio, una malattia, una disabilità, il rischio di malattie, l'anamnesi medica, i trattamenti clinici o lo stato fisiologico o biomedico dell'interessato, sono connesse con le attività di diagnosi e cura odontoiatriche, svolte dalla struttura medica e per essa dal medico che nel concreto cura l'intervento;

3 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti, ministero Finanze, Enti pubblici quali INPS, Inail ecc.) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;

4 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione e/o la limitazione nell' utilizzo degli stessi;

5 il nome del titolare del trattamento dei dati personali, la **Fondazione San Raffaele Incontro di Amelia**, nella persona del direttore sanitario Dott. NOVELLI Franco ed i suoi dati di contatto ovvero la casella di posta elettronica info@hsrincontro.it e a mezzo mani attraverso la modulistica reperibile presso la segreteria;

6 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate e la fruizione dei servizi sanitari secondo la attuale disciplina .

Il sottoscritto esprime quindi il libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali generale sensibili sanitari, esclusivamente a fini di diagnosi, cura, e prevenzione alla **Fondazione San Raffaele Incontro di Amelia**, nella persona del direttore sanitario Dott. NOVELLI Franco, Titolare del trattamento dei dati medesimi.

Firma dell'interessato

Luogo e data