

INFORMATIVA PAZIENTI

Gentili Signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, consulenza o per altre prestazioni specialistiche da voi richieste.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di risultato di esami clinici.

Anche in caso di uso di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti con cui collaboro (il commercialista, altri specialisti da me consultati, il laboratorio odontotecnico) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel vostro interesse, sarà mia cura informarvi in modo più preciso.

Consenso per la privacy (UE 2016-679)

Il sottoscrittonato a.....il.....

codice fiscaleresidente in.....

Via..... Cap..... dichiara di essere stato

informato su:

- 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 propria salute;
- i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (collaboratori odontoiatri, sostituti, laboratorio odontotecnico, medici specialisti, fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- 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;
- il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

In ogni momento Lei potrà esercitare (ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 196/2003 e degli artt. dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/79) il diritto di accesso ai propri dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione, ottenere la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati, opporsi all'invio di comunicazioni commerciali nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati personali (garante@gdpr.it o protocollo@pec.gdpr.it) ;

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura **al Dr. Mario Putero** e suoi colleghi collaboratori.

Data _____

Firma dell'interessato
