

## CONSENSO INFORMATO

### Informativa al Paziente e liberatoria

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice in materia di dati personali DLGS 196/2003 si informa che il trattamento dei dati personali, anche sensibili, forniti all'atto della prima visita o nel corso delle attività dello studio medico, è finalizzato unicamente ad adempire a Sue specifiche richieste, nonché agli obblighi normativi in particolare quelli contabili e fiscali, oltre che a fornirLe informazioni sulle attività dello studio medico di libera professione in questione, in Via Enrico Cosenz n°22 Milano 20158, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

Dei Suoi dati potranno venire a conoscenza i responsabili e incaricati del trattamento da parte dello studio medico.

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'esatta esecuzione dei compiti e impegni dello studio medico e la loro mancata o inesatta indicazione comporta l'impossibilità di portare correttamente a termine gli stessi.

In particolare l'interessato è a conoscenza e accetta che i propri dati ed eventualmente le proprie immagini fotografiche siano inseriti in forma anonima e non riconducibile in alcun modo allo stesso, in banche dati per scopi scientifici (convegni, studi, pubblicazioni).

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui l'articolo 7 del Codice delle Privacy; e in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, per motivi legittimi, rivolgendo le richieste a Dr. Nervi Sabrina Anna, Via Enrico Cosenz n°22 MILANO 20158.

Pienamente informato delle finalità e modalità del trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso del codice della Privacy e della autorizzazione del Garante

io sottoscritta/o \_\_\_\_\_

[ ] esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili

[ ] non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali

Data e firma del Paziente

.....