



MODULO AZIENDALE

CONSENSO PAZIENTI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Mod.007bis

Revisione 3

Aggiornamento ottobre 2021

Pag. 1 di 1

Casa di Cura Villa Igea della LABOR S.p.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, La invita a prendere visione dell'Informativa Privacy resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg.UE 2016/679 riportata nel sito internet istituzionale www.casadicuravillaigea.it e nelle varie tabelle informative esposte nei locali/aree d'attesa. Il trattamento dei Suoi dati personali e dei dati appartenenti a categorie particolari di cui all'art.9 del Reg.UE 2016/679, vale a dire "dati relativi alla salute o alla vita sessuale della persona", sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Premesso quanto sopra, il Titolare del Trattamento ha predisposto un apposito modulo – di seguito riportato – che Lei può sottoscrivere al momento dell'accettazione e comunque prima dell'esecuzione della prestazione medica, salvo le eccezioni disciplinate della normativa vigente.

Il/La sottoscritto/a cognome _____ nome _____, nato a _____ il _____, dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy resa dal Titolare del Trattamento ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg.UE 2016/679 riportata nel sito internet istituzionale www.casadicuravillaigea.it e nelle varie tabelle informative esposte nei locali/aree d'attesa; esprime altresì di averne compreso i contenuti e di essere consapevole che il Trattamento dei propri dati sarà necessario allo svolgimento delle operazioni indicate nella citata informativa secondo le modalità e le finalità in essa descritte.

PRESTA, inoltre, il proprio CONSENSO per:

A la comunicazione dei dati ai seguenti ulteriori soggetti:

- al medico di fam. dott. cognome _____ nome _____ tel. _____
al sig. cognome _____ nome _____ tel. _____
al sig. cognome _____ nome _____ tel. _____

B l'invio delle fatturazioni emesse e di informazioni/newsletter all'indirizzo di posta elettronica _____ @ _____ / SMS tel. _____

Gentile Signore/a desideriamo informarLa che la documentazione sanitaria che La riguarda potrà essere resa disponibile mediante i servizi di consultazione telematica cui Lei potrà decidere di aderire attivandoli esprimendo il Suo consenso consapevole relativamente alla modalità di consegna digitale scelta fra quelle offerte dalla Casa di Cura Villa Igea della LABOR S.p.A. di seguito elencati (informativa consultabile sul sito internet istituzionale):

- C consegna di cartelle cliniche/referti tramite WEB;
D consegna di cartelle cliniche tramite e-mail all'indirizzo _____ @ _____;
E consegna di referti tramite supporto elettronico ("TOTEM" dedicato);

Acconsento espressamente per i punti A B C D E

Ancona, _____

Firma leggibile _____ (firma dell'Interessato/avente diritto)

(A cura del Medico in caso di paziente temporaneamente incapace)
Il sottoscritto dott. _____ dichiara che all'atto del ricovero il giorno _____ alle ore _____, il paziente non è nelle condizioni psico-fisiche di poter prestare validamente il consenso.
Firma del Medico _____