



Dr.ssa Sabrina Luoni

Medico Chirurgo

Specialista in Medicina dello Sport - Medicina Fisica e Riabilitativa

Responsabile U.O. Riabilitazione II Cof Lanzo Hospital

Via Carcano, 3 - 22070 Vertemate con Minoprio (CO)

Tel. 031 901256 - mail: info@studioluoni.it

P.IVA: 02902460126

CF: LNUSRN74T46B300F

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti ed utilizzati dallo Studio Luoni Sabrina per erogare le prestazioni richieste)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità ed ai sensi della normativa vigente, dichiaro:

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____ CF: _____

residente a (Comune, Prov.) _____ Via _____

recapito tel _____ e-mail _____

o per sè
oppure in qualità di:

- Genitore
- Tutore
- Altro _____

di (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____ CF: _____

residente a (Comune, Prov.) _____ Via _____

Ricevuta l'informativa di cui all'art.13 del Regolamento UE n.2016/679 (GDPR) e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ed episodi di diagnosi e cura,
4. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi a: Studio Luoni Sabrina, Via P. Carcano, 3, 22070 Vertemate con Minoprio (CO), tel 031-901256, e-mail: info@studioluoni.it.

Dichiaro di aver compreso in contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili da parte dello Studio Luoni, titolare del trattamento, come di seguito espresso:

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dello Studio Luoni Sabrina per le finalità indicate nell'informativa

- SI
- NO

Acconsento alla comunicazione dei dati personali e sensibili ai soggetti indicati nell'informativa

- SI
- NO

- Dichiaro di essere stato informato dei rischi che possono subentrare a seguito degli atti medici necessari all'erogazione della prestazione diagnostica richiesta e sollevo l'operatore sanitario da qualsivoglia responsabilità;
- Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a codesta Struttura Sanitaria, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni che ricevo per il loro eventuale utilizzo nel mio FSE;
- Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che, sia la comunicazione al mio medico di base dell'evento sanitario che mi sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno aver luogo soltanto qualora io abbia espresso il relativo consenso.

Vertemate con Minoprio, li _____

Firma _____

(estesa e leggibile)

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo Studio salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento degli anni sedici (16). In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia).