



### MODULO RACCOLTA DATI E CONSENSO AL TRATTAMENTO

COGNOME:..... NOME:.....  
RESIDENTE IN VIA ..... CITTA': ..... CAP: .....  
DATA NASCITA: .....LUOGO: ..... PROFESSIONE: .....  
CELL: ..... E-MAIL .....  
CODICE FISCALE: .....  
Dichiara di essere genitore del minorenne .....

Acconsento al trattamento dei dati personali	SI'	NO
--	-----	----

Trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy (D. Leg.vo 196/03)

1 - Per “dati” si intendono: quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo, e che potremo richiederLe in futuro; quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l’espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua salute; quelli spontaneamente da Lei forniti.

2 – I dati vengono da noi raccolti con l’esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto.

3 – I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee secondo la normativa vigente.

4 – Le comunichiamo i Suoi diritti: ottenere, a cura del titolare, la conferma o meno dell’esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati; l’aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora ne abbia interesse, l’integrazione dei dati; l’attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, a coloro i quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato; opporsi in tutto od in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte al trattamento dei dati che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Le precisiamo che tali attività NON verranno comunque svolte dal nostro Poliambulatorio in quanto estranee all’esercizio professionale medico.



5 – Le segnaliamo che il Titolare del trattamento dei dati è CENTRO MEDICO MEDICURE SRL (nella figura del Direttore Sanitario Dott. Francesco Martinello per la sede di Porcia e il dr. Antonino Napoli per la sede di Treviso).

6 – La informiamo che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi sanitari professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge. In particolare, manifesto il mio consenso espresso per l'acquisizione e il trattamento dei dati di cui ai punti 1 e 2 e la comunicazione dei dati a terzi ed il trattamento ai sensi del punto 4.

Porcia, .....

Firma del paziente o del genitore se minorenne

.....