Chirurgia Plastica Romeo

CONSENSO DELL'INTERESSATA / O

Ai sensi degli artt. 6-8 del Regolamento U.E. 679/2016

L'ESTRATTO DAL REG. UE N° 679/2016 È REPERIBILE SUL SITO WWW.CPROMEO.IT

IO SOTTOSCRITTA / O

NOME Scritto in stampatello IN MODO CHIARO E LEGGIBILE	COGNOME Scritto in stampatello IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

IN QUALITÀ DI:

Barrare l'opzione scelta

1 SOGGETTO INTERESSATO

2 FAMILIARE

INDICARE GRADO DI PARENTELA scritto in stampatello IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

FACENTE LE VECI DEL SOTTO INDICATO SOGGETTO INTERESSATA / O

NOME Scritto in stampatello IN MODO CHIARO E LEGGIBILE	COGNOME Scritto in stampatello IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

Confermo di aver preso atto dell'informativa di cui sopra, relativa al trattamento dei dati personali, sensibili e sanitari richiesti per l'esecuzione delle prestazioni professionali e sanitarie previste adottando tutte le misure di sicurezza necessarie mediante strumenti elettronici e non, e

COMUNICO:

NOME	COGNOME	LUOGO DI NASCITA	PROV.	DATA

RESIDENTE IN (COMUNE e CAP)	PROV.	INDIRIZZO COMPLETO

NUMERO DI TELEFONO - Cellulare	INDIRIZZO MAIL attivo e funzionante scritto in stampatello IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

INOLTRE:

Barrare tutte le tre le opzioni scelte

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO	la costituzione del fascicolo sanitario elettronico comprensivo dei dati soggetti a maggior tutela dell'anonimato.
☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO	la comunicazione a terzi, autonomi titolari, quando questa sia necessaria e funzionale alla prestazione stessa o per tutelare, salvaguardare, favorire i miei interessi e quelli dell'interessato (anche in caso di soggetti minorenni).
☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO	il medico ad inviarmi documentazione sanitaria e/o informazioni di salute a mezzo mail, sms o whatsApp. Sarò in ogni caso libero di ritirare questo consenso in qualunque momento e/o limitarlo in relazione a particolari eventi clinici.

LUOGO E DATA	FIRMA PER ESTESO LEGGIBILE