

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti sig. _____ nato a _____
il _____ residente in _____ via _____
_____ e la sig.ra _____ nata a _____
il _____ residente in _____ via _____
in quanto genitori del minore _____ nato a _____
il _____ residente in _____ via _____
_____ (Codice fiscale: _____),

essendo stati informati su:

- l'identità del Titolare Responsabile della protezione dei dati e dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura pubbliche o private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
- la misura e delle modalità con le quali il trattamento avviene;
- le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal professionista a tutela della salute del minore e per poter ottenere l'erogazione di prestazioni riabilitative adeguate;
- il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
- il diritto alla revoca del consenso.

Così come indicato nell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 con la sottoscrizione

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di diagnosi e cura alle Dott.sse Corinne Squillace e Giulia Rosolia secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____