Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## C.F:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Domicilio: Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.Fisso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per i pazienti minori, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cod Fisc\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Convenzione (SI-NO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## MOTIVO DELLA VISITA: Check-Up/Prevenzione Igiene Orale Urgenza Odontoiatrica Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## COMPONENTI NUCLEO FAMIGLIARE: 1 2 3 4 Superiori a 4 persone

## 

## COME HA CONOSCIUTO IL NOSTRO STUDIO?

## Canali Pubblicitari Passaparola (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati ed informative ai sensi del D.L.196/03 sulla Privacy

Per fornirci i suoi dati personali, la preghiamo di leggere il presente foglio informativo.

1. Per **“dati”** si intendono:

* Quelli che le richiediamo oggi, con il presente modulo e che potremmo chiederLe in futuro;
* Quelli sanitari che avremmo occasione di rilevare nell’espletamento delle prestazioni mediche a Suo favore.
* 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. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.

3 – I dati potranno essere registrati su rapporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti o protetti con modalità idonee.

4 – I dati potranno essere:

* Comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
* Messi a disposizione del personale odontoiatrico associato, che frequenta, che collabora o che dovesse sostituire il titolare in caso di sua assenza;
* Resi noti a dipendenti e a consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità previste dalla legge;
* Comunicati ai laboratori odontotecnici per le attività loro proprie, secondo le norme del D. lgt. 46/97, dir. 93/42/CE.
* Utilizzati per inviarLe comunicazioni riguardanti iniziative di prevenzione sanitaria, per richiami periodici finalizzati al mantenimento della Sua salute orale e generale, nonché per ricordarLe appuntamenti da Lei fissati con lo studio per terapie da effettuare.

5 – Le comunichiamo i suoi **diritti**:

A – ottenere a cura del titolare, senza ritardo:

* 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, non che della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento: la richiesta può essere rinnovata, salvo giustificati motivi, con intervallo non minore di 90 gg;
* 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, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si rilevi impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

B – opporsi in tutto od in parte 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 di dati personali 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 Studio in quanto estranee all’esercizio professionale medico ed odontoiatrico.

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

# Consenso

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell’ambito delle finalità e delle modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge. In particolare manifesto il mio consenso per:

* L’acquisizione e il trattamento dei dati di cui al punto 1, 2 e 3;
* La comunicazione dei dati a terzi e il trattamento e utilizzazione dei dati ai sensi del punto 4;

Roma \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_