

CONSENSI SPECIFICI AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____
 codice fiscale _____
 email _____
 telefono _____

DICHIARA

di aver preso visione dell'informativa resa dal Titolare ai sensi degli artt. 12,13 e 14 GDPR e disponibile sul sito www.salusvita.it, di averne compreso il contenuto e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche categorie di dati c.d. "particolari" di cui all'art. 9 GDPR con specifico riferimento ai "dati relativi alla salute della persona".

Per il trattamento dei dati personali effettuato per le seguenti finalità:

TRATTAMENTO DATI DI NATURA PARTICOLARE
Trattamento dei dati di natura particolare ai sensi dell'art. 9 GDPR quali dati relativi alla salute connessi all'adempimento della prestazione sanitaria richiesta, qualora non vi siano altri requisiti di liceità. <input type="checkbox"/> PRESTO IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NON PRESTO IL CONSENSO
CONSEGNA REFERTI ONLINE E COMUNICAZIONI TRAMITE MAIL O WHATSAPP
Consegna dei referti on line e/o per ricevere comunicazioni via e mail o whatsapp anche dagli Specialisti <input type="checkbox"/> PRESTO IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NON PRESTO IL CONSENSO
COMUNICAZIONI A FAMILIARI
Comunicazione di notizie a familiari e conoscenti dell'interessato sulla sua presenza nella struttura nonché sul suo stato di salute. <input type="checkbox"/> PRESTO IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NON PRESTO IL CONSENSO
TRATTAMENTO DATI ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI APP
Trattamento dei dati relativi alla salute connessi all'utilizzo di whatsapp per promemoria appuntamento <input type="checkbox"/> PRESTO IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NON PRESTO IL CONSENSO
ORGANIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE AD EVENTI
Organizzazione e/o partecipazione a promozioni, eventi, convegni ecc. e invio comunicazioni ed informazioni commerciali relative a promozioni, iniziative, convegni od eventi svolti dalla struttura, tramite posta elettronica e/o sms e/o mms. <input type="checkbox"/> PRESTO IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NON PRESTO IL CONSENSO

Pordenone, _____

FIRMA _____

IN CASO DI MINORE O SOGGETTO INTERDETTO

Per la prestazione sanitaria eseguita nei confronti di un minore o di un soggetto interdetto e per le finalità di trattamento di cui sopra, il consenso viene concesso da _____, in qualità di

genitore tutore

Pordenone, _____

FIRMA _____

Per ulteriori informazioni sul trattamento dei tuoi dati personali e per l'esercizio dei tuoi diritti richiedi l'informativa privacy estesa direttamente presso la sede dell'ambulatorio ovvero consulta la sezione privacy del sito <https://www.salusvita.it>