

## SPETTABILE

Nome e Cognome .....

Codice Fiscale .....

### REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (GDPR), (UE) N. 2016/679

Informativa e richiesta di consenso al trattamento dati personali per pazienti  
di San Carlo Istituto Clinico (di seguito San Carlo)

Riferimento Informativa versione 2.0 del 05/06/2018 disponibile in bacheca e stampata sul banco accettazione

Premesso che, come definito nell'informativa che l'organizzazione cliente/il sottoscritto dichiara espressamente di aver ricevuto e letto, l'esecuzione del rapporto/contratto in essere con San Carlo può comportare la necessità di trattare dei dati (anche di persone fisiche legate al cliente - Minorenni o Tutelati) e nella consapevolezza che, in mancanza del conferimento di tali dati (e in mancanza delle comunicazioni correlate) il rapporto / contratto potrebbe non essere compiutamente esercitato, l'organizzazione cliente / il sottoscritto esprime liberamente il consenso nella modalità sotto indicata.

Erogazione di servizi (consulenza, formazione, ecc.) e/o fornitura di servizi richiesti dall'interessato nell'ambito del rapporto (o contratto) in essere, comprese le finalità di interesse legittimo correlate ovvero gli adempimenti amministrativi (es. fatturazione), contabili e fiscali, analisi statistiche, nonché il recepimento e gestione di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa nazionale e comunitaria, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo che possono comportare anche la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa. Per tali finalità, nel caso di cliente estero, potrebbe essere eventualmente possibile il trasferimento/comunicazione di dati all'estero. **(CONSENSO OBBLIGATORIO)**

#### AUTORIZZAZIONE

SI  NO

Comunicazione di eventi/nuove opportunità diagnostiche-estetiche, inviti ad eventi comunicati tramite email, sms, whatsapp, ecc. **(CONSENSO FACOLTATIVO)**

SI  NO

Luogo e Data ..... Firma .....

## DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento l'interessato potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del Titolare o del Responsabile del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 rivolgendosi a:

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Dr.ssa Tosi Sara presso San Carlo Istituto Clinico srl**

info@sancarloistitutoclinico.it - +39 0331 685065 - Via Castelfidardo 19 - 21052 - Busto Arsizio (VA)

**DATA PROTECTION OFFICER - DPO: LIFI LAB srl**

dpo@lifi-lab.com - Via Orocco 35 - 21025 - Comerio (VA)

## AREA TUTORI

In qualità di (genitore / tutore legale / altro) .....

Garantisco e dichiaro, sotto la mia propria responsabilità, così tenendo indenne San Carlo da qualsivoglia responsabilità al Riguardo:

a) di essere legittimato a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra;

b) che i dati identificativi su riportati dei dichiaranti e del minore/tutelato corrispondono effettivamente alla loro vera identità;

c) di aver interpellato il minore / tutelato circa la sua disponibilità a sottoporsi agli esami diagnostici presso San Carlo, e di decidere nel rispetto della sua volontà e del suo massimo interesse.

### AUTORIZZAZIONE DEL TUTORE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Nome e Cognome ..... Firma .....

## CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE

Dichiaro di non essere in stato di gravidanza (di pertinenza in caso di esame a paziente di sesso femminile).  
Dichiaro di essere stato/a informato/a a riguardo dei rischi concernenti l'effettuazione dell'esame.

### AUTORIZZAZIONE ALL'ESECUZIONE DEGLI ESAMI

Nome e Cognome ..... Firma .....