

Consenso al trattamento dei dati per finalità amministrativa e di cure (obbligatorio)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (specificare se in qualità di tutore / parente) in qualità \_\_\_\_\_ dell'ospite

sig./ra \_\_\_\_\_

premesse che:

1. ha attentamente letto e compreso in tutte le sue parti, l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 affissa nei locali di S.A.AP srl; 2. conosce i propri diritti; 3. agisce in totale libertà e privo/a da qualsivoglia condizionamento e/o pressione psicologica; tutto ciò premesso esprime il più ampio consenso al trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili, necessari per le finalità amministrative e di cura

do il mio consenso

Consenso alle comunicazioni commerciali derivante dal Titolare (facoltativo)

Il sottoscritto/a, esprime anche il proprio consenso apposito ed esplicito, per le finalità di cui al punto **Marketing** dell'informativa e quindi acconsente al ricevimento di materiale/comunicazioni pubblicitarie e promozioni quali ad esempio opuscoli, inviti, newsletter, tramite posta, e-mail, telefono, sms, mms, e similari, derivanti dal Titolare. Resta inteso fin d'ora, che è un preciso diritto del sottoscritto revocare in qualunque momento il presente consenso.

do il mio consenso

nego il mio consenso

Consenso all'invio a mezzo mail dei referti (facoltativo)

Il sottoscritto/a, esprime il proprio consenso apposito ed esplicito ad effettuare l'invio dei referti a mezzo mail su file crittografato protetto da password

do il mio consenso

nego il mio consenso

Indicare nome destinatario, relazione con l'ospite e-mail:

Consenso alla creazione del Dossier Sanitario (facoltativo)

Il sottoscritto esprime la volontà di implementare il dossier sanitario elettronico, secondo l'informativa affissa nei locali di S.A.AP srl

do il mio consenso

nego il mio consenso

Consenso per il Progresso (facoltativo)

Il sottoscritto esprime la volontà di implementare il dossier sanitario elettronico, secondo l'informativa affissa nei locali di S.A.AP. srl, anche dei propri dati sanitari pregressi.

do il mio consenso

nego il mio consenso

Maggior tutela dell'anonimato

Il sottoscritto richiede che le informazioni soggette a maggior tutela dell'anonimato siano consultabili solamente dal professionista autore del dato.

Firma

Adelfia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_