

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(D. Lgs. n. 196/2003 Codice della Privacy)

Timbro

| |
|---------------------------------------|
| Al Fisioterapista Dott. |
| Titolare dello Studio di Fisioterapia |
| Con sede in |
| N. tessera AIFI |

Il/la sottoscritto/a,

| | | | |
|-------------|--|----------|--|
| Signor/a | | | |
| Residente a | | Via/P.za | |
| CAP | | CF | |
| Telefono | | E-mail | |

**ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003
dichiara di essere stato informato/a con consegna di apposito modulo
in merito a:**

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e sensibili, così come definiti negli artt. 4, comma 1. lett. d), del D. Lgs. n. 196/2003, ovvero nello specifico i “dati personali idonei a rivelare lo stato di salute”, connesse con le attività di valutazione fisioterapica, prevenzione, cura e riabilitazione, svolte dal fisioterapista a tutela della salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali e sensibili possono essere comunicati;
3. i diritti esercitabili dal paziente nei confronti del titolare sui propri dati personali e sensibili sulla base dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003;
4. il nome del fisioterapista che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione delle prestazioni.

Esprime quindi il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini dell'esecuzione della prestazione professionale al Fisioterapista Dott. _____

Data

Firma dell'interessato o del rappresentante legale
