

Il sottoscritto dichiara di avere preventivamente preso visione della informativa al trattamento dei suoi dati personali e di averne compreso il contenuto esprimendo il libero ed esplicito consenso al trattamento da parte di Sorani Paolo S.r.l.s successivamente denominato Studio Medico Maragliano, dei suoi incaricati e dei Responsabili da questa designati ovvero da parte dei soggetti terzi pubblici o privati che svolgono, in qualità di autonomi titolari del trattamento, funzioni strettamente connesse e strumentali alle attività ed agli scopi dello Studio Medico Maragliano. Dichiara altresì di conoscere i suoi diritti, nessuno escluso, ed in particolare il diritto di revocare il consenso in qualunque momento e senza alcuna giustificazione. Dichiara di sapere che per qualunque necessità o chiarimento nonché per l'esercizio dei suoi diritti potrà rivolgersi direttamente al Titolare del trattamento tramite invio di una richiesta scritta alla casella di posta elettronica studiomedico.maragliano@gmail.com ovvero alla casella di posta elettronica certificata sorani@legalmail.it.

Nello specifico il sottoscritto:

A. presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità indicate nella informativa e con le modalità ivi indicate, nello specifico per l'esecuzione delle attività di diagnostica per immagini inclusa la refertazione (**OBBLIGATORIO**)

Dà il consenso

Nega il consenso

B. presta il consenso per il trasferimento dei propri dati a Società e professionisti esterni con i quali lo Studio Medico Maragliano coopera per il compimento delle sue attività istituzionali (medici: endocrinologo, dermatologo, di medicina estetica, di oftalmologia e oftalmologia pediatrica, psicologa e psicoterapeuta ...) (**OBBLIGATORIO**)

Dà il consenso

Nega il consenso

C. presta il consenso a ricevere via mail o via SMS, ai recapiti da Lei comunicati al personale adibito, informazioni sugli appuntamenti e sulla fruibilità dei nostri servizi

Dà il consenso

Nega il consenso

Data ____/____/____

dati Paziente

Nome _____ Cognome _____

Data di Nascita _____

Dati del genitore tutore

Nome _____ Cognome _____

data di Nascita ____/____/____

è stata verificata la corrispondenza tra i dati dichiarati e il documento esibito

Firma _____ (dell'interessato o Genitore/Tutore)