

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
*(ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 2016/679)*

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a..... il.....

C.F:.....

residente nel Comune di .....

Indirizzo .....CAP.....

dichiara di essere stato informato su:

**1.** Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico odontoiatra a tutela della propria salute;

**2.** I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (collaboratori odontoiatri, igienisti, sostituti, laboratorio odontotecnico, altri specialisti, case di cura o ospedali, fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;

**3.** Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;

**4.** Il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;

**5.** La necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

**6.** In ogni momento Lei potrà esercitare (ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. 196/2003 e degli artt. dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/79) il diritto di accesso ai propri dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione, ottenere la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati, opporsi all'invio di comunicazioni commerciali nonché proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati personali ([garante@gdpr.it](mailto:garante@gdpr.it) o [protocollo@pec.gdpr.it](mailto:protocollo@pec.gdpr.it)) ;

Data .....

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura al Dott. ....

Firma dell'interessato .....