



*Chirurgia Generale - Ostetricia e Ginecologia
Ortopedia e Traumatologia*

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Doc. Riconoscimento (tipo) _____ N° _____ Scadenza _____

Diagnosi di ingresso _____

MEDICO OPERATORE _____

Recapito telefonico _____ Recapito accompagnatore _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PARTICOLARI (sensibili)

Il sottoscritto

Nato a il/...../..... residente in via

città

DICHIARA

di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali fornita dalla clinica Villa Cinzia ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 ed esprime il proprio consenso esplicito libero ed informato al trattamento dei propri dati personali, fatto salvo esplicito diniego da parte dell'interessato, che verranno trattati:

- con il supporto dei seguenti mezzi:

- Mista - elettronica e cartacea

- con le seguenti finalità:

- Anamnesi paziente
- Diagnosi, cura e terapia pazienti
- Monitoraggio di gruppi a rischio
- Prevenzione di determinate patologie
- Registrazione pazienti e gestione amministrativa (monitoraggio, registrazione dati sanitari)

Accetta

Non accetta

Consenso al trattamento di dati particolari (sanitari):

Accetta

Non accetta

Invio di proposte e di comunicazioni e/o informazioni commerciali a mezzo posta elettronica o SMS o fax

Accetta *

Non accetta

Modalità di esercizio dei diritti:

L'interessato può, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla vigente normativa, come da informativa, esercitare i propri diritti inviando e-mail o raccomandata al Titolare del trattamento dei Suoi dati personali

Sig.ra IZZO TERESA MIMINA

DPO: Marianna Alfano

Email: dpo@clinicavillacinzia.com

Indirizzo: Via Dell'Epomeo N°74, Soccavo 80126 Napoli

Telefono: 081 7150111

Data: _____

Firma dell'Interessato: _____

=====
(Da compilarsi a cura dell'ufficio addetto)

PREOSPEDALIZZAZIONE

LABORATORIO

PRIMO ACCESSO

RICOVERO

Firma operatore: _____