

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE**

**data**

### **LEGGE 196/03 - TUTELA DELLA PRIVACY**

La invitiamo a sottoscrivere la presente lettera e a fornirci i dati personali che, ai sensi della presente, si intendono  
- quelli che Le richiediamo qui sopra, nell'allegato modulo di anamnesi e quelli che potremmo richiederLe in futuro;  
- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle nostre prestazioni mediche in Suo favore;  
- quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua incolumità fisica;  
- quelli spontaneamente da Lei forniti.

1) I dati vengono da noi raccolti con la esclusiva finalità di svolgere le nostre attività professionali nei Suoi confronti compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare con que i dati provvederemo altresì a tenere le registrazioni obbligatorie per legge sia contabili che sanitarie.

2) I dati verranno registrati su supporti informatici protetti. I moduli cartacei verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee (ai sensi del D.lgs 196/03)

3) I dati potranno essere:

a) comunicati al Suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;

b) resi disponibili al personale odontoiatrico associato, che frequenta, collabora o sostituisce il titolare (se assente);

c) resi noti ai dipendenti e consulenti dello studio per gli aspetti che possono riguardarli e secondo le modalità di legge.

d) comunicati in forma anonima o codificati a laboratori odontotecnici per lo sviluppo delle attività loro proprie.

4) Ai sensi del D.lgs.n.196/03, i Suoi diritti in ordine al trattamento dei dati sono:

a) ottenere a cura del titolare, senza ritardo:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelleggibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

- la cancellazione/trasformazione in forma anonima/blocco di tutti i dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non necessita la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o in seguito trattati;

- l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora abbia interesse, l'interrogazione dei dati.

- l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti numeri 2) e 3) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato.

b) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

c) titolare del trattamento di dati ad ogni effetto di legge è: Dott. ....

La informiamo che per poter erogare correttamente i nostri servizi professionali è necessario che accetti quanto richiesto.

### **CONSENSO AI SENSI DEL D.lgs 196/03**

Con l'apposizione della firma manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai sensi di legge.

In particolare esprimo consenso per:

- l'acquisizione dei dati di cui in premessa;

- la comunicazione dei dati a terzi come indicato dal precedente punto 3).

\_\_\_\_\_ *firma del paziente o del genitore se il paziente è minore*