



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

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

Al Fisioterapista

**Dott. Raimondi Renzo Alessandro**

**Il/la sottoscritto/a,**

Nome e cognome			
Via		Nascita	
Città		Cod. Fiscale	
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 Raimondi Renzo Alessandro**

Data

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_