



Via Casal di Brocco 19 - 00042 Anzio
Tel. 800 076 076
www.villabenedettagroup.it - info@villabenedettagroup.it

Anzio Servizi Assistenziali s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199 Roma
C.F. e P. IVA 14397021008

Società soggetta a direzione e coordinamento di Impresa Medica S.r.l.

MODULO CONSENSI

| | |
|----------------------|--|
| Il/La sottoscritto/a | |
| C.F. | |
| Email* | |
| Cell* | |
| Documento | |

*da compilare solo nel caso in cui tali campi si rendessero necessari per la finalità richiesta.

1. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, affisso in sala d'attesa, dichiaro di aver preso visione e compreso la stessa e

Confermo il consenso al trattamento

Nego consenso al trattamento

_____, __/__/____

Firma _____

a) Nel caso in cui l'interessato sia un soggetto minore d'età o incapace d'intendere e/o volere:

Il/La sottoscritto/a _____, C.F. _____, in qualità di:

Genitore; Genitore affidatario; Tutore; Curatore; Amministratore di sostegno del soggetto interessato

Confermo il consenso al trattamento

Nego consenso al trattamento

_____, __/__/____

Firma _____

b) Nel caso in cui l'interessato sia un soggetto minore d'età e si tratti di atti di straordinaria amministrazione (operazioni chirurgiche, trattamenti continuativi e prolungati, psicoterapia, ecc.):

I sottoscritti: - _____ C.F. _____

- _____ C.F. _____

In qualità di soggetti esercitanti la responsabilità genitoriale

Confermo il consenso al trattamento

Nego consenso al trattamento

_____, __/__/____

Firma _____

Firma _____



Via Casal di Brocco 19 - 00042 Anzio
Tel. 800 076 076
www.villabenedettagroup.it - info@villabenedettagroup.it

Anzio Servizi Assistenziali s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199 Roma
C.F. e P. IVA 14397021008
Società soggetta a direzione e coordinamento di Impresa Medica S.r.l.

MODULO CONSENSI

*** Nel caso in cui uno dei due genitori non possa essere presente**

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

lontananza; impedimento; incapacità naturale/legale; altro _____

Firma _____
(il dichiarante)

2. CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (email, sms, ecc.) perché mi siano ricordati gli appuntamenti:

Confermo il consenso al trattamento Nego consenso al trattamento

_____, __/__/____

Firma _____

3. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuove cliniche, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere:

Confermo il consenso al trattamento Nego consenso al trattamento

_____, __/__/____

Firma _____

4. ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA

In riferimento alla presenza negli studi di professionisti/osservatori esterni, durante la prestazione medica richiesta, e all'utilizzazione di dati aggregati e in forma anonima, compreso l'impiego di fotografie, per finalità scientifiche e di ricerca

Confermo il consenso al trattamento Nego consenso al trattamento

_____, __/__/____

Firma _____