



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 800 076 076
www.villabenedettagroup.com - info@villabenedettagroup.it

Promedica 88 s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199 Roma
C.F. e P. IVA 13257221005

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,

Confermiamo il consenso al trattamento Neghiamo consenso al trattamento

_____, __/__/____ Firma _____

Firma _____



Viale Africa 32 - 00144 Roma
Tel. 800 076 076
www.villabenedettagroup.com - info@villabenedettagroup.it

Promedica 88 s.r.l.
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199 Roma
C.F. e P. IVA 13257221005

MOD.KWH117

MODULO CONSENSI

pag. 2 di 2

* 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 _____