



Circonvallazione Cornelia n. 65 - 00165 Roma  
Tel. 06 66 65 21 - Fax 06 66 21 630  
www.villa-benedetta.it - segreteria@villa-benedetta.it  
IMPRESA SANITARIA ALFA 88 S.R.L.  
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199 Roma  
C.F. e P.IVA: 11470451003

MOD.VBC117

## MODULO CONSENSI

pag. 1 di 2

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 \_\_\_\_\_



Circonvallazione Cornelia n. 65 - 00165 Roma  
Tel. 06 66 65 21 - Fax 06 66 21 630  
www.villa-benedetta.it - segreteria@villa-benedetta.it

IMPRESA SANITARIA ALFA 88 S.R.L.  
Sede Legale: Piazza Gondar 14 - 00199 Roma  
C.F. e P.IVA: 11470451003

## 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 \_\_\_\_\_