Consenso foto e riprese

Fotografie cliniche, video e scansioni del viso e dei denti · **SE TI RIGUARDA**

Copia da leggere a casa. Questo è il modulo che le chiederemo di firmare in studio. Lo legga con calma e annoti le sue domande: l'odontoiatra le spiegherà ogni punto prima della firma.

PAZIENTE _____ NATO/A IL _____

CODICE FISCALE _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato/a informato/a in modo chiaro e comprensibile dal dott./dott.ssa _____ su:

☐ foto e video per la cartella clinica e il piano di cura (sempre necessari, non serve consenso aggiuntivo)

☐ SÌ ☐ NO · uso per comunicazioni con laboratori e colleghi, senza nome

☐ SÌ ☐ NO · uso a fini didattici e scientifici (corsi, congressi, pubblicazioni) con viso non riconoscibile

☐ SÌ ☐ NO · uso sul sito, sui social e nel materiale informativo dello studio, anche con viso riconoscibile

☐ che posso revocare ciascun consenso in qualsiasi momento scrivendo a info@valdent.it

Ho potuto porre domande e ho ricevuto risposte esaurienti. Ho avuto il tempo necessario per decidere. So di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, senza conseguenze sul rapporto con lo studio.

NOTE DEL CASO / DOMANDE DEL PAZIENTE

FIRMA DEL PAZIENTE _____ FIRMA DELL'ODONTOIATRA _____ LUOGO E DATA _____

Rif. normativo: Reg. UE 2016/679, artt. 6, 7 e 9 · L. 633/1941, art. 96 · D.Lgs. 196/2003