Consenso comunicazioni WhatsApp, SMS ed e-mail

Promemoria appuntamenti, conferme, documenti e informazioni dello studio · **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 _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

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

- ☐ SÌ ☐ NO · promemoria e conferme degli appuntamenti via WhatsApp/SMS
- ☐ SÌ ☐ NO · invio di preventivi, fatture, istruzioni post-operatorie e documenti via WhatsApp o e-mail
- ☐ SÌ ☐ NO · richiami di igiene e controllo
- ☐ SÌ ☐ NO · informazioni sui servizi dello studio e richiesta di recensione
- ☐ che WhatsApp è un servizio di terzi (Meta) e che per dati clinici delicati posso chiedere la consegna a mano
- ☐ che posso revocare il consenso in ogni momento scrivendo «STOP» o comunicandolo in segreteria

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 13 · D.Lgs. 196/2003, art. 130