Informativa privacy pazienti · presa visione

Trattamento dei dati personali e sanitari (Reg. UE 2016/679) · **OBBLIGATORIO**

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:

- ☐ Titolare del trattamento: VALDENT sas, Via Rialto 3, Valbrenta (VI) · info@valdent.it
- ☐ finalità: diagnosi, cura e cartella clinica (art. 9.2.h), obblighi di legge e fiscali, gestione appuntamenti
- ☐ i dati sono conservati per il tempo previsto dalla legge (cartella clinica: a tempo illimitato / almeno 10 anni)
- ☐ i dati possono essere comunicati a laboratori, medici consulenti, commercialista, Sistema Tessera Sanitaria (opponibile), assicurazioni su mia richiesta
- ☐ posso chiedere accesso, rettifica, limitazione, portabilità e oppormi; posso reclamare al Garante privacy
- ☐ mi oppongo all'invio delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria

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. 9 e 13 · D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018