

DELEGA VISITE

Io Sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido) ed

Io Sottoscritta _____ Nata a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

Genitori / tutore del minore _____ Nato/a _____ il _____

(allegare fotocopia documento d'identità valido)

Deleghiamo / delego il Sig. / la Sig.ra _____ Nato/a _____ il _____

Ad accompagnare nostro/a figlio/a per effettuare le seguenti visite specialistiche:

La persona delegata è in grado di comunicare notizie in merito allo stato di salute di nostro/a figlio/a, è in grado di ricevere informazioni in merito alla visita che riceverà nostro/a figlio/a e firmerà in nostra vece autorizzando il Clinico all'erogazione delle suddette prestazioni.

Data _____

FIRMA DEI GENITORI / TUTORE

INFORMATIVA UTENTI PAZIENTI

In attuazione del regolamento UE 2016/679 e delle normative vigenti le forniamo le seguenti informazioni attinenti ai trattamenti e alla protezione dei suoi dati personali

Titolare del Trattamento

IMMOBILIARE LPC Srl · Sede legale: Vicolo del Carmine, 3 · 43121 Parma PR
PIVA 00774420343 · Sede Clinico: Via San Giovanni Bosco n.2, 29017 Fiorenzuola d'Arda (Pc)

Finalità

(a) Abbiamo necessità di trattare tutti i suoi dati personali, anche di natura particolare e sensibile, funzionali alla corretta e completa esecuzione delle prestazioni sanitarie e di ogni altro eventuale servizio erogato dal centro Polifunzionale da lei richieste anche per il tramite del suo medico curante, di altro medico specialista o da organismi del servizio sanitario pubblico o privato. I dati sono necessari per le finalità di prevenzione, diagnosi, terapia, cura, riabilitazione, percorso idrochinesi e per ogni altro adempimento. Utilizzeremo i Suoi dati per: prenotazione anche telefonica degli appuntamenti, gestione delle visite mediche specialistiche, gestione delle prestazioni ambulatoriali, fatturazione ed invio dei dati alle assicurazioni, produzione della documentazione sanitaria, prescrizione di farmaci, redazione del referto, e tutte le attività di natura amministrativa, organizzativa, contabile e clinica del centro medico. Tali dati saranno anche oggetto delle attività amministrativo-contabili necessarie e collegate alle prestazioni richieste. Il conferimento dei dati è obbligatorio pena l'impossibilità di erogare i servizi ed è assoggettato al suo espresso consenso vista la possibile natura sensibile dei dati forniti e le relative comunicazioni indicate nel paragrafo successivo.

(b) invio di informazioni inerenti le prestazioni del centro polifunzionale. Per questa specifica finalità è richiesto consenso specifico

(c) Finalità accessorie di promozione attività attraverso foto e video. Modalità meglio specificato in seguito al paragrafo -FOTO/VIDEO. Il trattamento è subordinato al suo consenso espresso.

Destinatari

Sono possibili comunicazioni a categorie di destinatari appositamente autorizzati, a titolo esemplificativo: medici, laboratori di analisi specialistici, ASL, Autorità di Pubblica Sicurezza, Autorità Giudiziaria, Autorità Sanitaria, consulenti aziendali, aziende informatiche:

alle persone da voi delegate, come da apposito modulo di consenso.

i referti potrebbero essere spediti tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica indicato nel sottostante modulo di consenso.

autorità giudiziaria per ispezioni e controlli.

I dati non saranno oggetto di diffusione.

Le comunicazioni saranno effettuate solo se necessarie e verso destinatari comunque impegnati alla riservatezza e ad ogni altro adempimento riguardante la protezione dei dati personali.

Copie della documentazione sanitaria sono consegnate esclusivamente nelle mani dell'intestatario oppure, su richiesta scritta di quest'ultimo, a persona munita di regolare delega o spedite secondo modalità indicate espressamente.

Conservazione

I dati personali saranno conservati per 10 anni a far data dall'emissione dei documenti.

Diritti dell'interessato

Lei ha facoltà di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica e, dove possibile la cancellazione. Lei può sempre richiedere specifica completa del trattamento e dei suoi diritti scrivendo ai contatti messi a disposizione dal Titolare ed indicati ad inizio informativa.

Revoca del Consenso

Lei ha facoltà di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. In tal caso saranno interrotti tutti i trattamenti successivi tranne quelli obbligatori per legge o per necessari per terminare eventuali comunicazioni e processi attivi.

Diritto di Reclamo

Se ritiene che il trattamento che la riguarda violi il Regolamento GDPR EU-2016/679 ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, IT-00186, Roma.

Nome e cognome _____

• Dichiaro di aver letto l'informativa INF002, edizione 1, e presto quindi il consenso obbligatorio.
In caso contrario non sarà possibile erogare le prestazioni richieste

per sé medesimo

oppure

in rappresentanza legale in qualità di :

- genitore
- tutore
- amministratore di sostegno

in qualità di parente (indicare grado di parentela) _____

Autorizzo inoltre Clinico ad inviarmi materiale informativo e di aggiornamento tramite email, relativo alle prestazioni ed alle attività svolte dallo stesso.

AUTORIZZO L'INVIO NON AUTORIZZO L'INVIO

Firma _____

In riferimento al punto C delle finalità (foto / video)

AUTORIZZO NON AUTORIZZO

Firma _____

Autorizzo inoltre Clinico, all'invio di messaggi SMS relativi agli appuntamenti c/o il Centro.

AUTORIZZO L'INVIO NON AUTORIZZO L'INVIO

Firma _____

Fiorenzuola d'Arda, _____