**PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER I PAZIENTI DEL CENTRO DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA BIOFERTILITY**

Io sottoscritto **LEI** **LUI**

| **Cognome e Nome** |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Luogo e data di nascita** |  |  |
| **Professione** |  |  |
| **indirizzo di residenza** |  |  |
| **Città di residenza e CAP** |  |  |
| **Codice Fiscale** |  |  |
| **Documento d’identità e numero** |  |  |
| **Scadenza documento** |  |  |
| **Recapito Telefonico** |  |  |
| **Mail e PEC** |  |  |
| **Numero Carta di Identità** |  |  |
| **Scadenza Carta di Identità** |  |  |

dichiara di essere stato esaustivamente e chiaramente informato su:

* le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della salute;
* i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti, ministero Finanze, Enti pubblici quali INPS, Inail ecc.) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
* il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione e/o la limitazione nell' utilizzo degli stessi;
* il nome del medico titolare del trattamento dei dati personali ed i suoi dati di contatto;
* la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate e la fruizione dei servizi sanitari secondo la attuale disciplina .

Il/La sottoscritto/a {{nome e cognome}}, pienamente consapevole della importanza della presente dichiarazione, chiede che le comunicazioni, anche relative a referti, siano inviati all'indirizzo mail: {{email}} A tal proposito, dichiaro che il detto indirizzo e-mail appartiene alla mia persona ed è in mio esclusivo utilizzo esonerando, la Junior srl, da ogni e qualsivoglia responsabilità in riferimento alla conoscenza che dei referti e/o informazioni sul mio stato di salute, possano avere terze persone che riescano ad accedere lecitamente od illecitamente al detto indirizzo mail. Il sottoscritto esprime quindi il libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di prevenzione, diagnosi, cura, esecuzione delle tecniche di PMA, prescrizione farmaceutica, interventi ambulatoriali e chirurgici e visita specialistica e per ogni prestazione da me richiesta.

Dr Claudio Manna\_, Responsabile trattamento dei dati medesimi.

Data {{data e ora}} **Firma di entrambi**