

Modulo Informativa Privacy - Dott.ssa Scattolini

C.F. SCTLND93R62B157Y - P.I. 04025560980

In relazione ai dati personali (riferiti a "persona fisica") trattati si informano i pazienti che:

Firma Modulo Privacy

Titolare del trattamento dei dati: dott.ssa Linda Scattolini, domiciliata a Palazzolo S/O, via Lancini 11 - tel. 3331852500 - email: linda.scattolini@gmail.com

I dati personali sono trattati per le finalità connesse all'erogazione del servizio sanitario richiesto e si procederà all'acquisizione unicamente dei dati necessari per la miglior gestione del servizio stesso.

Il trattamento avviene sia in forma cartacea/manuale che con elementi elettronici informatici.

Il trattamento viene svolto in osservanza delle disposizioni di legge o di regolamento.

Vengono trattate le seguenti categorie di dati: identificativi delle persone; dati attinenti lo stato di salute; dati socio-economici.

I dati trattati possono essere trasmessi alle seguenti categorie di soggetti: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Studio Pezzotti Srl, Via Lazzaretto, 2, CAP 25030, Adro - CF e P.IVA 02709980987.

I dati vengono conservati per la durata prevista dalla normativa vigente in materia di conservazione dati /documenti cartacei/digitali del settore sanitario.

Il mancato conferimento dei dati alla dott.ssa Scattolini o la mancata acquisizione possono comportare l'impossibilità di erogazione del servizio richiesto.

Firma Acquisizione

Il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi.

Il sottoscritto in qualità di:

Paziente

Gli interessati (ovvero le persone fisiche a cui si riferiscono i dati personali) hanno il

Autorizzazione:

no

diritto di accesso ai dati, alla rettifica, alla limitazione o opposizione al trattamento per motivi legittimi ed espressi, a presentare reclamo all'Autorità Garante della privacy.

la Dott.ssa Linda Scattolini a fornire informazioni riguardanti il proprio stato di salute a:

I dati trattati vengono acquisiti dagli interessati sempre nel rispetto della normativa e delle finalità proprie dei trattamenti.

Medico di Medicina Generale dott./dott.ssa
Medico Specialista dott./dott.ssa

Al/alla Sig./Sig.ra

Il sottoscritto in qualità di:

Paziente

Data: 2025-05-15

**Acquisizione verbale del consenso
per impossibilità fisica alla firma**

Data: 2025-05-15