

## **Modulo Informativa Privacy - Dott. Gaetano Messineo**

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati secondo i principi di liceità, correttezza, adeguatezza ed in generale nei limiti di quanto previsto dal Regolamento per le finalità di consulenza, anamnesi e redazione di una corretta alimentazione connesse all'assolvimento dell'incarico professionale da Lei conferito;
2. Il trattamento sarà effettuato sia manualmente che avvalendosi di strumenti elettronici;
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per potere assolvere all'incarico conferito per le finalità di cui al punto 1 e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta l'impossibilità di dare esecuzione al contratto e quindi l'impossibilità di fornirLe la prestazione sanitaria richiesta e la relativa assistenza.
4. I dati in nessun caso saranno oggetto di diffusione e saranno comunicati esclusivamente a soggetti autorizzati ed al professionista esterno che, in qualità di responsabile del trattamento, cura la contabilità dello Studio. In quest'ultimo caso i dati comunicati saranno quelli strettamente necessari per assolvere agli obblighi contabili e fiscali;
5. Le fatture relative alle prestazioni sanitarie rese, verranno inviate al Sistema Tessera Sanitaria per la predisposizione del Suo Modello 730 precompilato. Qualora volesse opporsi a tale invio, potrà comunicarlo oralmente al Titolare stesso, il quale provvederà ad annotare l'opposizione sulla Sua fattura.
6. Il titolare del trattamento è il Dott. Gaetano Messineo con sede legale in Via Montello, 79 Brescia BS e studio in Via Corfù, 71 -25124 Brescia
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, quali il diritto di accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che La riguardano o il diritto di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; ed in generale tutti i diritti previsti dal Regolamento.
8. Al fine di tutelare i diritti di cui al punto precedente, potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali;
9. Il Suoi dati verranno conservati per il tempo necessario per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 ed in ogni caso, per assolvere agli obblighi imposti dalle

normative sanitarie;

10. Il consenso prestato con la sottoscrizione del presente modulo è in ogni momento revocabile. L'esercizio del diritto di revoca non pregiudica le prestazioni già rese;

Io sottoscritto/a , nato/a a erfdv il 2025-05-06, residente a , acquisite le summenzionate informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE, e consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare dati relativi alla salute, presto il mio consenso per il trattamento dei suddetti dati per le finalità di cui al punto 1, lett. A) dell'informativa.

Firma:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' shape with a horizontal line extending to the right.

**Dichiaro inoltre di:**

Luogo: erfdv

Data: 2025-05-06

Firma paziente

A handwritten signature in black ink, identical to the one above, consisting of a large, stylized 'S' shape with a horizontal line extending to the right.