

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:

- **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.
- Il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, nel rispetto della riservatezza degli stessi.
- Gli interessati (ovvero le persone fisiche a cui si riferiscono i dati personali) hanno il 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.
- I dati trattati vengono acquisiti dagli interessati sempre nel rispetto della normativa e delle finalità proprie dei trattamenti.

Per presa visione

Firma Modulo Privacy



Il sottoscritto in qualità di:

- ☐ **Paziente**
- ☐ **ADS/tutore/esercente responsabilità genitoriale**
- ☐ **Persona di riferimento** _____

- ☐ **Autorizza** ☐ **Non autorizza**

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

Medico di Medicina Generale dott./dott.ssa _____

Medico specialista dott./dott.ssa _____

Al/alla Sig./Sig.ra _____

-
- ☐ **Paziente**
- ☐ **ADS/tutore/esercente responsabilità genitoriale**
- ☐ **Persona di riferimento** _____

Data gg/mm/aaaa _____

Firma Consensi

X

Acquisizione verbale del consenso per impossibilità fisica alla firma

Data gg/mm/aaaa

Firma Acquisizione

X

INVIA