

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;

Il/La sottoscritto/a **hera ht5r**, nato/a a **h65uhy** il 1982-05-22, dopo avere letto la superiore informativa, dà il consenso al trattamento dei dati che lo riguardano per le finalità ivi indicate.

Luogo: **h65uhy**

Firma paziente

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'F' shape with a diagonal line crossing it.