

## 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.

**Per presa visione:** 2025-05-15

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

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

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

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.

Al alla Sig./Sig.ra

I dati trattati vengono acquisiti dagli interessati sempre nel rispetto della normativa e

**Il sottoscritto in qualità di:** titolare dei trattamenti.

ADS/tutore/esercente responsabilità genitoriale

**Data:** 2025-05-15

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

**Data:** 2025-05-15