### LABORATORIO ANALISI CLINICHE

www.analisisantandrea.it - email analisisantandrea@gmail.com Largo I. Ciaia - 70125 - Bari - 080/3322648 370/3428578 Gentrodiagnosticosantandrea

### Prestazione del consenso

# per il trattamento di categorie particolari di dati personali

ai sensi del Regolamento UE 679/2016

#### Caro utente,

lo sottoscritto/a

la normativa sulla Privacy (in particolare il Regolamento UE 2016/679, il "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati" - noto con l'acronimo inglese GDPR) ci richiede di fornirti le seguenti informazioni sul trattamento dei tuoi dati personali, ai sensi degli articoli 13 e 14. Per "trattamento di dati personali" si intende una qualsiasi operazione riguardante ogni informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile. Per esempio: nome e cognome e indirizzo e-mail con un "nome utente" che può identificarti (mariorossi@....) sono considerati "dati personali comuni", e il fatto di raccoglierli, registrarli e utilizzarli per inviarti una comunicazione sono considerate operazioni di "trattamento", così come l'archiviazione e la condivisione con altri soggetti. Le informazioni relative al tuo stato di salute rappresentano invece dati personali appartenenti ad una categoria particolare, che richiede protezione specifica. Ti invitiamo a visitare il sito web dell'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali ("GPDP") per trovare ulteriori informazioni utili per meglio comprendere il tema (http://www.garanteprivacy.it/home/diritti).

Data di nascita	Luogo di na	scita	
Residente a	Provincia	Via	Cap
Documento di Identità:		Nr	
Rilasciato il	da	Codice Fiscale:	
Recapiti: Telefono:	e-mail:		
seguenti del regola rivelare lo stato di s Ignazio Ciaia, 19.	mento UE 2016/679) d salute e la vita sessual	confronti del trattamento dei da lefiniti particolari e/o sensibili ('o e'), il cui titolare è la società Elos	dati personali idonei a s srl con sede in Largo
•	greto professionale pe	nel pieno rispetto della normativo r finalità di tipo medico-sanitario	
Presta il consenso	Non pres	ta il consenso	

per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa.

# LABORATORIO ANALISI CLINICHE

www.analisisantandrea.it - email analisisantandrea@gmail.com Largo I. Ciaia - 70125 - Bari - 080/3322648 370/3428578 ① centrodiagnosticosantandrea

-	Consapevole che il materiale biologico e i referti anonimizzati possano essere utilizzati, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per scopi di ricerca e/o per studi finalizzati alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico e per informazioni sulle prestazioni del laboratorio, per il tempo minimo necessario al perseguimento delle finalità, anche attraverso il trattamento ulteriore che non consenta o non consenta più di identificarti.
	Presta il consenso Non presta il consenso
	Consenso al trattamento ed alla trasmissione a mezzo posta elettronica dei referti
-	Il/la sottoscritta, vista l'informativa sul trattamento dei dati personali, considerato che in ogni momento potrà revocare il presente consenso:
	Presta il consenso Non presta il consenso
	alla trasmissione a mezzo di posta elettronica dei referti che lo/la riguardano al seguente indirizzo e-mail
	Consenso alla trasmissione a mezzo posta elettronica e WhatsApp di materiale pubblicitario
-	Inoltre il/la sottoscritta, vista l'informativa sul trattamento dei dati personali, considerato che in ogni momento potrà revocare il presente consenso:
	Presta il consenso Non presta il consenso
	alla trasmissione a mezzo di posta elettronica di materiale pubblicitario al seguente indirizzo e-mail:
	Presta il consenso Non presta il consenso
	alla trasmissione a mezzo di WhatsApp di materiale pubblicitario al seguente numero:

## LABORATORIO ANALISI CLINICHE

www.analisisantandrea.it - email analisisantandrea@gmail.com Largo I. Ciaia - 70125 - Bari - 080/3322648 370/3428578 Centrodiagnosticosantandrea

## **RILASCIO IL MIO CONSENSO**

al trattamento dei dati ai sensi dell'art 7 del GDPR 2016/679 e AUTORIZZO a fornire notizie relative alle MIE indagini genetiche a:

Familiari (nome e cognome)
Medico (nome e cognome)
ottoscritto/a dichiara che quanto sopra corrisponde a verità e si impegna a comunicare tivamente ogni eventuale cambiamento di opinione in merito.
Data/ Firma del paziente:

N.B. Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente il podestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un famigliare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.