



OFI BOLOGNA
FERRARA
ORDINE FISIOTERAPISTI

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Per se stesso:

Il/la sottoscritto/a Signor/a (cognome e nome) _____ ,

C.F. _____ ; nato/a a _____ , il ___ / ___ / _____ ,

residente a _____ in Via/P.za _____

Telefono _____ E-mail _____

Esercitando la rappresentanza legale del paziente:

(Cognome e Nome) _____ , nato/a a _____ , il ___ / ___ / _____ ,

residente a _____ in Via/P.za _____

in qualità di _____ (specificare se genitore, tutore, amm. di sostegno, ecc)

DICHIARA

- Di aver preso visione e di aver compreso quanto descritto nell'informativa e di averne prestato accettazione "ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016" relativamente all'utilizzazione dei dati personali per finalità di diagnosi, cura, assistenza sanitaria, per finalità gestionali e di contratto, nei termini previsti dalla informativa stessa nonché alla comunicazione degli stessi sulla base e nel rispetto delle norme vigenti e per quanto di competenza;
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati di salute e, comunque, di prendere atto che, ai sensi dell'art. 9. 2, lett. h) del GDPR, i dati relativi alla salute richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi, verranno utilizzati al solo fine di dare esecuzione alla prestazione richiesta di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, come confermato sulla suindicata informativa.
- Di essere stato informato:
 - Sul diritto di accesso ai dati personali e sulla facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione.
 - Sui soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (es. laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti, consulenti e collaboratori) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati.
 - Dichiaro che l'informazione è stata fornita con un colloquio in cui ha avuto modo di porre domande cui è stata data risposta esauriente e soddisfacente.

Data e Luogo _____

Firma Paziente _____

Ordine interprovinciale della professione
sanitaria di Fisioterapista di Bologna e Ferrara

Sede Legale:
Galleria Ugo Bassi, 1
40121 Bologna
Tel. 051 01 482 71

bolognaferrara.ofi@pec.fnofi.it
bolognaferrara.ofi@fnofi.it
www.ofibofe.it
C.F. 91454810374