

Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ CAP _____ (_____)

Via : _____

Telefono/Cellulare: _____

e-mail: _____

✓ **CONSENSO INVIO SISTEMA TS:** SI NO

Il Sistema TS raccoglie tutti i dati pervenuti ed invia all'Agenzia delle Entrate, le somme suddivise per tipologia di spesa.

✓ **CONSENSO PER FINALITA' DI MARKETING:** SI NO

Accosente che i suoi dati siano utilizzati per iniziative promozionali, servizi e offerte, attività di marketing.

✓ **PAZIENTE AMBULATORIALE**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci per sé:

oppure in qualità di (se il paziente è minorenne)

- Esercente la responsabilità genitoriale (se il paziente è minorenne)
- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- prossimo congiunto, convivente, familiare
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

DEL PAZIENTE: _____

✓ **INFORMATIVA PRIVACY – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Letta e compresa l'informativa di cui all'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR" esposta in sala d'attesa e pubblicata anche sul sito www.fortimeditalia.it, consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali e particolari da parte della società Fortimed Italia Srl, titolare del trattamento **per le finalità di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione e finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente.**

Azzano San Paolo, _____



FIRMA LEGGIBILE