

## MODULO DI REVOCA CONSENSO

il/la sottoscritto/a .....  
C.F. ....

secondo quanto disposto dall'art 7 GDPR ha la possibilità di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento, senza compromettere la legalità del trattamento effettuato sulla base di tale consenso fino al momento della revoca, nei seguenti modi:

- Compilando il modulo di revoca che le sarà fornito dal personale di accettazione e compilarlo per revocare il consenso per una o più delle finalità per cui lo aveva concesso; in alternativa potrà
- Compilando il modulo presente sul sito: [www.medicalclinique.it/modulistica](http://www.medicalclinique.it/modulistica) nella sezione "Modulo revoca consenso", inviandolo per posta al Laboratorio Analisi Medical Clinique S.r.l., Via Firenze 4, 00065 Fiano Romano (RM) o via email all'indirizzo [info@medicalclinique.it](mailto:info@medicalclinique.it)

### 1. CONSENSO PER L'ATTIVITÀ DIAGNOSTICA

I dati personali indicati/trasmessi, anche i dati relativi alla salute e/o dati genetici e/o simili, dai quali risulta l'origine razziale o etnica o la vita sessuale e i valori diagnostici raccolti dal Laboratorio nello svolgimento dell'incarico durante l'attività diagnostica, ovvero dati relativi alla salute e/o dati genetici, possono essere trattati ai fini della diagnosi menzionata, la redazione del referto nonché la fatturazione, compresa qualsiasi trasmissione dei dati personali agli enti competenti del Servizio Sanitario Nazionale (ad esempio ASL, Regione etc).

Rispetto alla finalità suindicata revoco il consenso prestato

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2. CONSENSO RICEZIONE COMUNICAZIONI TELEFONICHE, VIA SMS, VIA EMAIL

- ⊕ Il Laboratorio può contattare ed informare il/la sottoscritto/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della nostra struttura (es: apertura nuove cliniche, attivazione di nuovi servizi, promozioni, etc.) tramite comunicazioni telefoniche o elettroniche (e-mail, sms, etc)...

Rispetto alla finalità suindicata revoco il consenso prestato

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. CONSENSO DI SOGGETTO MINORE DI ANNI 16

In qualità di titolare della responsabilità genitoriale, i dati personali del/della sottoscritto/a nonché i dati personali indicati sopra al punto 1) relativi al minore di età inferiore ai 16 anni:

nome-cognome .....

C.F. ....

Rispetto alla finalità suindicata revoco il consenso prestato

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. CONSENSO DI SOGGETTO INCAPACE DI INTENDERE E/O VOLERE

esercitante la rappresentanza legale dell'interessato in qualità di .....

consapevole che i dati personali del/della sottoscritto/a, nonché i dati personali indicati sopra al punto 1) relativi alla persona rappresentata dal/dalla sottoscritto/a:

nome-cognome .....

C.F. ....

Rispetto alla finalità suindicata revoco il consenso prestato

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## 5. CONSENSO PER INVIO REFERTI AL PORTALE

il laboratorio possa trasmettere il referto al portale Medical Clinique e/o my.Healthbook (in breve: "Portale") mediante trasmissione protetta e che i dati personali possano essere trattati in conformità con l'accordo del/ della sottoscritto/a con il Portale (per i dettagli consultare [www.medicalclinique.it/referti-online](http://www.medicalclinique.it/referti-online))

Rispetto alla finalità suindicata revoco il consenso prestato

per il portale Medical Clinique

per il portale my.Healthbook

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. CONSENSO FORNITURA DEL REFERTO DAL PORTALE AL MEDICO

il Portale (vedasi la dichiarazione di consenso di cui sopra nel punto 5.) possa fornire il mio referto trasmesso dal Laboratorio al suo medico indicato nel Portale e garantire in tal modo un download sicuro del referto.

Rispetto alla finalità suindicata revoco il consenso prestato

\_\_\_\_\_, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_