

Laboratorio Analisi Medical Clinique

MODULO ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR e presa visione degli articoli 15 e 22 dello stesso Regolamento, ed essendo a conoscenza che i singoli consensi di cui sotto posso essere revocati in qualsiasi momento mediante compilazione di apposito modulo di revoca nei confronti del Laboratorio (per quanto riguarda i primi 5 punti) o del Portale, senza compromettere la legalità del trattamento effettuato fino al momento della revoca, Le sarà possibile richiedere il modulo revoca al personale di accettazione e compilarlo per revocare il consenso per una o più delle finalità per cui lo aveva concesso; in alternativa potrà manifestare il proprio diritto di revoca per un a o più finalità scaricando il modulo presente sul sito: <http://www.medicalclinique.it/>, nella sezione "Modulo revoca consenso", ed inviandolo per posta a Medical Clinique S.r.l, via Firenze 4, 00065, Fiano Romano (Roma) o via mail all'indirizzo info@medicalclinique.it.

Il/la sottoscritto/a.....

Cod.Fiscale.....

E-mail.....

cellulare.....

1. CONSENSO PER L'ATTIVITA' DIAGNOSTICA

I dati personali indicati/trasmessi, anche i dati relativi alla salute 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, possano 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);

Data: Fiano Romano.....

1.2. CONSENSO AI FINI STATISTICI, EPIDEMIOLOGICI E DI RICERCA SCIENTIFICA

I dati personali indicati/trasmessi, anche i dati relativi alla salute e/o simili, dai quali risulta l'origine etnica o la vita sessuale e i valori diagnostici raccolti dal Laboratorio nello svolgimento dell'incarico

durante l'attività diagnostica, ovvero dei dati relativi alla salute e/o dati genetici, possano essere trattati ai fini della ricerca scientifica e statistica, finalizzata alla tutela della salute della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico.

Data: Fiano Romano.....

2. CONSENSO RICEZIONE COMUNICAZIONI TELEFONICHE, VIA SMS, VIA MAIL

Il Laboratorio possa 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.)..

Data: Fiano Romano.....

3. CONSENSO DI SOGGETTO MINORE DI ANNI 18

In qualità di titolare della responsabilità genitoriale, i dati personali del/della sottoscritto/a nonché i dati indicati sopra al punto 1) relativi al minore di età inferiore ai 18 anni:

nome-cognome.....

C.F.....

Possano essere trattati per le finalità indicate sopra al punto 1)

Dichiaro con la presente di essere titolare della responsabilità genitoriale:

Data: Fiano Romano.....

4. CONSENSO DI SOGGETTO INCAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE

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

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

nome-cognome.....

C.F.....

Possano essere trattati per le finalità indicate sopra al punto 1)

Data: Fiano Romano.....

5. CONSENSO PER INVIO REFERTI AL PORTALE

Il Laboratorio possa trasmettere il referto al portale Medical Clinique (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)