



STUDIO OCULISTICO SATTA

Informativa ai sensi dell'art. 13 del "Codice in materia di protezione dei dati personali" (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196)

Gentile Signora/Egregio Signore,

I dati personali forniti e/o raccolti dallo Studio saranno utilizzati dal personale del medesimo con supporti cartacei e/o informatici, per svolgere

attività di cura, diagnosi, riabilitazione e prevenzione o per l'esecuzione di prestazioni correlate e per le relative finalità amministrative.

Il Suo consenso al trattamento dei dati a tale riguardo è necessario.

Ove Lei presti il consenso, i Suoi dati personali potranno inoltre essere utilizzati per:

- ricordarle la data di **prenotazione di appuntamenti**, nonché per inviarLe, le norme di preparazione agli esami che dovrà eseguire;
- attività di **ricerca scientifica** collegata alla patologia per la quale si è rivolta/o allo Studio Oculistico Satta;

Informazioni riguardanti il Suo stato di salute, potranno essere comunicate ai Suoi prossimi congiunti o ad altre persone da Lei autorizzate ed a terzi nella misura in cui ciò sia necessario per fornire le prestazioni sanitarie richieste e/o sia previsto dalla legge.

In ogni momento potrà inoltre conoscere i dati che La riguardano, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e far valere i Suoi diritti al riguardo.

CONFERIMENTO DEL CONSENSO

Io sottoscritto/a, letta l'informativa che precede:

- Acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili e sanitari, per attività di **cura, diagnosi, riabilitazione e prevenzione**.

SI ☐ **NO** ☐

- Acconsento alla possibilità di essere contattato tramite e-mail, messaggi vocali o chiamate telefoniche per ricordarmi **la data degli Appuntamenti** fissati presso lo Studio Oculistico Satta

SI ☐ **NO** ☐

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N° _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____

E-mail _____ Tel _____

Professione _____ Codice fiscale _____

Firma dell'interessato (*)

_____ Data _____ Luogo _____

(*) In caso di minore è richiesta la firma del genitore che esercita la potestà parentale

STUDIO OCULISTICO SATTA

Alghero, via XX Settembre 112; Sassari, via Porcellana 3 – Tel. 079 787105 – Cell. 347 1959942

mail gionmaria.satta@gmail.com – www.studiooculisticosatta.it