

SCHEDA ANAGRAFICA

* campi obbligatori

DATI PAZIENTE

COGNOME* NOME*

DATA DI NASCITA* LUOGO* PROV*

COD. FISCALE* ,

RESIDENZA* Via/C.so/Strada n°

Città CAP prov.

TEL.*1) 2) MAIL@

DOMICILIO (se diverso dalla residenza): Città CAP prov.

Via/C.so/Strada n°

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

☐ personalmente (se maggiorenne)

☐ in qualità di esercente la responsabilità genitoriale (o altra forma di tutela legale) nei confronti di

(indicare nome e cognome del minore)

COMPILARE SOLO IN CASO DI ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE o ALTRA FORMA DI TUTELA LEGALE

COGNOME* NOME*

DATA DI NASCITA* LUOGO* PROV*

COD. FISCALE*

RESIDENZA*:

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 27 aprile 2016, n. 679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati)

PREMESSO

- di aver letto l'informativa privacy messa a disposizione

(NEL CASO DI SOGGETTI MINORENNI)

☐ che il genitore non firmatario, adeguatamente informato, nulla oppone

OPPURE

- che l'autorizzazione è rilasciata dal solo genitore firmatario in quanto:

☐ unico genitore esercente la potestà genitoriale;

☐ il secondo genitore è impossibilitato a prestare il consenso per motivi di lontananza, incapacità o impedimento (art. 317 Codice civile)

AUTORIZZA EXAMINA SRL al trattamento dei dati personali raccolti mediante questo modulo, esclusivamente per le finalità elencate nell'informativa privacy messa a disposizione.

Ai sensi dell'informativa privacy, presto/nego il consenso ai seguenti trattamenti, del tutto facoltativi e revocabili in qualsiasi momento secondo le modalità indicate nell'informativa. La mancata prestazione non incide sull'erogazione delle prestazioni sanitarie.

1. INVIO DI PROMEMORIA DELLE PRENOTAZIONI TRAMITE WHATSAPP

[] **SI** presto il consenso [] **NO** nego il consenso Recapito WhatsApp (se diverso da TEL.):

2. INVIO DELLA NEWSLETTER VIA E-MAIL

[] **SI** presto il consenso [] **NO** nego il consenso E-mail (se diversa da MAIL@):

3. INVIO DI COMUNICAZIONI PROMOZIONALI TRAMITE WHATSAPP

[] **SI** presto il consenso [] **NO** nego il consenso Recapito WhatsApp (se diverso da TEL.):

4. DESIDERATE ESSERE RICONTATTATI TRA UN ANNO, IN CASO DI ESAME PERIODICO? (Mammografia)

[] **SI** presto il consenso [] **NO** nego il consenso

Nota: I consensi di cui sopra sono indipendenti tra loro e potranno essere modificati o revocati in qualsiasi momento secondo quanto indicato nell'informativa privacy.

Data

Firma