

SCHEMA ANAGRAFICA

* campi obbligatori

COGNOME*

NOME*

DATA DI NASCITA* LUOGO* PROV*

COD. FISCALE*

RESIDENZA* Via/C.so n°

Città..... CAP prov.

TEL. abitazione o ufficio

CELL.

EMAIL@

DOMICILIO* (se diverso dalla residenza)

Via/C.so n°

Città CAP prov.

Come siete venuti a conoscenza della nostra struttura?

- Passaparola Ricerche su internet
- Giornali / pubblicità Social network
- Medico inviante
- Ente convenzionato
- Altro

SI	NO	Desiderate essere ricontattati tra un anno, in caso di esame periodico?
SI	NO	Desiderate essere inseriti nella nostra mailing list, per comunicazioni dirette?
SI	NO	Avete una Convenzione tra quelle riconosciute da Examina?

Quale? (vedere elenco segreteria).....

Ai sensi del del ex art. 13 Dlgs. 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679, letta l' informativa messa a disposizione, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura da parte di EXAMINA S.r.L.

Data _____ Firma _____

In caso di minore / persona tutelata firma del genitore o del tutore

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di genitore / tutor del paziente

Firma _____