

# SCHEMA ANAGRAFICA

\* campi obbligatori

DATI PAZIENTE

COGNOME\* ..... NOME\* .....

DATA DI NASCITA\* ..... LUOGO\* ..... PROV\* .....

COD. FISCALE\* .....

RESIDENZA \* ..... Via/C.so/Strada ..... n° .....

Città ..... CAP ..... prov. ....

CONTATTI TEL.\*1) ..... 2) .....

MAIL@ .....

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

Via/C.so/Strada ..... n° .....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

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

- 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) \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

SI  NO Desiderate essere ricontattati tra un anno, in caso di esame periodico? (Mammografia)