

TITOLARE DEL TRATTAMENTO:



**OFI** FIRENZE | AREZZO | LUCCA  
MASSA CARRARA | PISTOIA | PRATO  
ORDINE FISIOTERAPISTI

Per se stesso:

Il/la sottoscritto/a Signor/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_; nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.za \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Esercitando la rappresentanza legale del paziente:

(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in Via/ **HYPERLINK** "http://P.za"P.za  
\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (specificare se genitore, tutore, amm. di sostegno, ecc)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
DICHIARA

- Di aver preso visione e di aver compreso quanto descritto nell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 relativamente all'utilizzazione dei dati personali per finalità di diagnosi, cura, assistenza sanitaria, per finalità gestionali e di contratto, nei termini previsti dalla informativa stessa nonché alla comunicazione degli stessi sulla base e nel rispetto delle norme vigenti e per quanto di competenza;
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati di salute e, comunque, di prendere atto che, ai sensi dell'art. 9. 2, lett. h) del GDPR, i dati relativi alla salute richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi, verranno utilizzati al solo fine di dare esecuzione alla prestazione richiesta di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- Di essere stato informato:
  - Sul diritto di accesso ai dati personali e sulla facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione.
  - Sui soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (es. laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti, consulenti e collaboratori) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati.
  - Dichiaro che l'informazione è stata fornita con un colloquio in cui ha avuto modo di porre domande.

Data e Luogo \_\_\_\_\_ Firma Paziente \_\_\_\_\_