

DATA

Il Sottoscritto/a

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

letta con attenzione l'informativa ai sensi all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", acquisite le eventuali ulteriori informazioni richieste e fornite dal titolare del trattamento,

Da il suo consenso

Nega il suo consenso

al trattamento dei **dati personali** inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati per i fini indicati al punto 4 - paragrafi a), b), c) della suddetta informativa (consenso necessario per l'erogazione dei servizi richiesti)

Da il suo consenso

Nega il suo consenso

al trattamento dei **dati personali anche sensibili** per i fini indicati al punto 4 – paragrafo d) della suddetta informativa (consenso facoltativo)

Da il suo consenso

Nega il suo consenso

per la comunicazione dei **dati personali anche sensibili** per le finalità di cui al punto 7 della suddetta informativa (consenso necessario per l'erogazione dei servizi richiesti).

FIRMA DEL PAZIENTE (o esercente patria potestà)