

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Istituto Analisi Mediche Liguria secondo le finalità riportate di seguito:
Registrazione clientela e gestione amministrativa, Tenuta dei registri contabili, Adempimenti fiscali, Analisi di laboratorio/Visite Specialistiche.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili e quelli relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Origini razziali (Dati sensibili); Carte sanitarie (Dati relativi alla salute); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Stato di salute (Dati relativi alla salute); Dati Genetici

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche (Art. 6 GDPR 2016/679).

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento,

CONSENTO

NON CONSENTO

al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso: **Registrazione clientela e gestione amministrativa, Tenuta dei registri contabili, Adempimenti fiscali, Analisi di laboratorio/Visite Specialistiche.**

Località e Data _____

Firma _____