

REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n. 679/16 D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 e adeguamento all'ordinamento nazionale

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto, **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

- Per sé

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita) _____

in qualità di:

- Esercente la potestà genitoriale
- Tutore (*si allegano documenti certificanti*)
- Curatore (*si allegano documenti certificanti*)
- Amministratore di sostegno (*si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina*)
- Legale rappresentante (*si allegano documenti certificanti*)

di **Cognome e Nome**

Nato a _____ il ____ / ____ / ____

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite a norma di legge, sotto la propria responsabilità, ricevuta e compresa l'informativa conferita ai sensi dell'art. 13 della normativa vigente

CONFERISCE CONSENSO

A **saniRad srl, Poliambulatorio via 11 febbraio srl e al dott. Gian Paolo Degano (in accordo di contitolarità ex art. 26 GDPR 679/16)** per il trattamento dei dati personali e particolari per le finalità e nei limiti espressi nell'informativa ricevuta.

Data _____

Firma leggibile _____

Nell'impossibilità da parte dell'utente **Cognome e Nome** di firmare materialmente per (indicare il motivo) _____ l'operatore incaricato sottoscritto _____ dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

Data _____

Firma leggibile dell'operatore _____