

## 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 T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:  
Tenuta dei registri contabili; Adempimenti fiscali; Gestione della corrispondenza

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  
Tenuta dei registri contabili; Adempimenti fiscali; Gestione della corrispondenza

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, 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:

### **Stato di salute (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche
- È necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli relativi a condanne penali e reati (art. 10 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Dati relativi a condanne penali e reati**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie suddette è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dalla citata norma e:

I dati si evincono da eventuali corrispondenza cartacea o elettronica che potrebbero eventualmente contenere dati giudizi e/o penali.. Base giuridica: Norma Unione Europea (GDPR 2016/679 art. 6 b)). Il trattamento non è svolto sotto il controllo dell'Autorità Pubblica

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

## 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 T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:  
Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  
Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e normativa

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

## 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 T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:

Gestione del personale; Gestione delle presenze del personale; Gestione ferie e malattie; Gestione permessi; Adempimenti connessi al versamento delle quote di iscrizione a sindacati o all'esercizio di diritti sindacali; Adempimenti in materia di assicurazione contro gli infortuni; Adempimenti previdenziali; Adempimenti fiscali; Trattamento giuridico ed economico del personale; Igiene e sicurezza del lavoro

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta
- per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso: Gestione del personale; Gestione delle presenze del personale; Gestione ferie e malattie; Gestione permessi; Adempimenti connessi al versamento delle quote di iscrizione a sindacati o all'esercizio di diritti sindacali; Trattamento giuridico ed economico del personale; Igiene e sicurezza del lavoro; Adempimenti in materia di assicurazione contro gli infortuni; Adempimenti previdenziali; Adempimenti fiscali

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, 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); Origini etniche (Dati sensibili); Convinzioni religiose; adesione ad organizzazioni a carattere religioso (Dati sensibili); Adesione a sindacati o organizzazioni a carattere sindacale (Dati sensibili); Idoneità al lavoro**

**(Dati relativi alla salute); Stato di salute (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato
- Ri riguarda dati personali resi manifestamente pubblici dall'interessato

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

## 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 T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:  
Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e terapia pazienti

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  
Gestione Pazienti; Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Diagnosi, cura e terapia pazienti

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, 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:

**Stato di salute (Dati relativi alla salute); Dati biometrici (Dati biometrici); Fascicolo sanitario elettronico (Dati relativi alla salute)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per assolvere gli obblighi ed esercitare i diritti specifici del titolare del trattamento o dell'interessato in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale, nella misura in cui sia autorizzato dal diritto dell'Unione o degli Stati membri o da un contratto collettivo ai sensi del diritto degli Stati membri, in presenza di

garanzie appropriate per i diritti fondamentali e gli interessi dell'interessato

- È necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri o conformemente al contratto con un professionista della sanità

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

## 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 T001 CENTRO MEDICO DENTAL MONVISO secondo le finalità riportate di seguito:  
Gestione dei fornitori

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:  
Gestione dei fornitori

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla finalità di marketing, prendo atto che i mezzi utilizzati saranno i seguenti:

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Località e data: \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_