



**Studio Medico  
Odontoiatrico**  
dott. Elio Cerato

Via B. Pallio, 19 – 14100 Asti  
Tel. 0141 598004 – 373 8175188  
mail: info@studiodentisticocerato.it  
www.studiodentisticocerato.it

## **INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI SANITARI** ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

### **Il/la sottoscritto/a,**

Signora / Signor

Residente a

In via

### **dichiara di essere stato informato su:**

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati (categoria dei dati "sensibili" sanitari raccolti nella modalità manuale e/o informatizzata), connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dall'odontoiatra a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (laboratorio odontotecnico, odontoiatri collaboratori e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto, l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione (art. 7 del d.lgs. n. 196/2003). Ai sensi del medesimo articolo si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. Tali richieste vanno rivolte al Garante per la Protezione dei dati personali.
4. il nome dell'odontoiatra che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni odontoiatriche adeguate.

**Esprime quindi il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura.**

Titolare del trattamento dei dati è:

Studio dentistico

Nella persona di

Indirizzo

Città

Partita Iva

Luogo e data

.....  
Firma del Paziente

.....  
Firma del Medico