

Modulo Consenso allo Screening Oculistico

I sottoscritti: _____

nato a _____ Il _____

(Grado di Parentela) _____

nato a _____ Il _____

(Grado di Parentela) _____

convenientemente informati del tipo di indagine effettuata senza utilizzo di mezzi terapeutici invasivi che verrà condotta sul loro congiunto

AUTORIZZANO

che lo stesso venga sottoposto a screening oculistico

La Maddalena, _____

firma

firma

CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003, si autorizza la Dott.ssa Elena G. Gilardi al trattamento dei dati personali del minore per la esclusiva gestione dello stesso screening visivo senza possibilità di cessione degli stessi a terzi.

Firma

firma

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o se risulta necessaria per lo svolgimento dello screening. In nessun altro caso i dati personali potranno essere diffusi;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- il titolare dei dati trattati è la Dott.ssa Elena G. Gilardi

firma

firma