

## **INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO**

**30 GIUGNO 2003, N. 196**

### **“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”**

Con la presente La informo che, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali che Ella mi ha fornito saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni professionali strettamente inerenti alla mia attività di Odontoiatra e per potere adempiere ai conseguenti obblighi legali.

I suddetti trattamenti potranno essere eseguiti utilizzando supporti cartacei e/o informatici anche ad opera di terzi; in ogni caso il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

L'acquisizione dei Suoi dati personali, anche di quelli eventualmente idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni, o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale, nonché di quelli idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere soggetto di trattamento solo con il Suo consenso scritto.

Le preciso che rifiutando tale consenso non sarò tuttavia in grado di svolgere la mia opera professionale e che pertanto dovrò rinunciare all'incarico conferitomi. I Suoi dati personali c. d. "sensibili" non verranno comunicati o diffusi a terzi per nessun motivo e saranno da me trattati limitatamente al perseguimento di finalità terapeutiche.

Ella potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. sopra citato e precisamente il diritto di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che la riguardano;

la facoltà di ottenere la cancellazione, variazione ed integrazione dei dati; l'attestazione che tale Sua richiesta è stata comunicata a terzi ai quali i Suoi dati sono stati comunicati.

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali e il/la Dottore/ssa.....con studio in Via..... n.....  
CAP..... Città..... Provincia.....

Il Responsabile del trattamento dei Suoi dati personali è il/la Dottore/ssa.....domiciliata in Via..... n.....  
CAP..... Città..... Provincia.....

Data

Firma

OGGETTO: Espressione di consenso ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il sottoscritto

Preso atto della presente informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprime il consenso al trattamento dei propri dati sensibili per gli scopi di cui all'incarico professionale conferito al Dottore/ssa.....

Data

Firma

