



Centro Bini

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

Io sottoscritto/a:

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____

Residente a: _____

Preso atto che:

1. I miei dati personali, inclusi quelli relativi alla salute e di natura sensibile, saranno trattati dallo studio medico psichiatrico **Centro Bini Studio Psichiatrico Associato**, con sede in **via Crescenzo, 42- Roma** in conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e alla normativa nazionale vigente.

2. Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente alla diagnosi, cura e gestione della mia situazione clinica, nonché per gli obblighi amministrativi e fiscali dello studio.

3. I miei dati saranno trattati con modalità cartacee e/o elettroniche, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza.

4. I dati non saranno comunicati a terzi senza il mio consenso, salvo quanto previsto dalla legge.

Acconsento:

- Al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sensibili, per le finalità sopra indicate.

- Alla comunicazione dei miei dati, ove necessario, a strutture sanitarie, laboratori di analisi o altri professionisti coinvolti nella mia cura, previa informazione.

- Al contatto attraverso i seguenti canali (barrare ciò che **non** si acconsente):

- Telefono:

- Email:

- SMS/WhatsApp:

Sono consapevole che posso in qualsiasi momento:

- Revocare il presente consenso.

- Accedere ai miei dati, richiederne la rettifica o la cancellazione, nei limiti previsti dalla legge.

Via Crescenzo, 42-00193 Roma

info@centrobini.it

tel. 066874415- whatsapp appuntamenti 3371205231



Centro Bini

Per esercitare tali diritti, potrò contattare il titolare del trattamento all'indirizzo:
info@centrobini.it

Firma del paziente:

Roma, _____