

**SCHEDA RACCOLTA DATI ANAGRAFICI E  
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il Centro Medico, secondo quanto richiesto dal Codice sulla PRIVACY, ha predisposto una “Informativa sul trattamento dei dati personali, art. 13 D.Lgs 196/2003”, esposta all’interno del centro stesso

Dopo aver letto e compreso quanto scritto:

**La preghiamo cortesemente di voler compilare la seguente scheda, necessaria per realizzare la documentazione sanitaria e la fatturazione delle prestazioni eseguite.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Recapiti utili: **segnalare solo il numero al quale si desidera essere contattati.**

- tel. abitazione \_\_\_\_\_
- tel. lavoro \_\_\_\_\_
- tel. cellulare \_\_\_\_\_
- indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

acconsento al trattamento dei dati personali  non acconsento al trattamento dei dati personali

**Autorizzazione per l’utilizzo dei dati personali per ricevere eventuali comunicazioni informative sanitarie** (es. invito ad eventi che trattano uno specifico argomento organizzati in collaborazione con i nostri specialisti all’interno del Poliambulatorio o presso altra sede)

acconsento  non acconsento

**Come è venuto a conoscenza dei servizi del nostro Poliambulatorio?**

- Familiari e conoscenti  Medico di base \_\_\_\_\_  Ricerca internet  Farmacia
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_