



SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

COGNOME.....NOME.....

NATO/A.....IL.....

RESIDENTE A.....CAP..... PROVINCIA.....

VIA/PIAZZA.....

TELEFONO.....CELLULARE.....

E-MAIL.....

CF

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto, informato sulle modalità di trattamento dei propri dati eseguite dal ASTI CLINIC ai sensi del Regolamento UE 679/2016, autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità di erogazione delle prestazioni sanitarie, informato del fatto i dati saranno forniti a professionisti sanitari specialisti che supportano ASTI CLINIC.

Il Sottoscritto autorizza altresì l’invio di successive attività di natura informativa e promozionale da parte di ASTI CLINIC circa le attività svolte dalla stessa. **SI Δ NO Δ**

Il sottoscritto dichiara infine di essere stato informato che presso la struttura è presente un impianto di videosorveglianza con registrazione tramite telecamere fisse per fini esclusivamente di sicurezza ed in particolare per l’incolumità delle persone, l’integrità del patrimonio aziendale e l’eventuale contaminazione/manomissione del materiale sanitario.

Asti,

Firma del paziente per autorizzazione