

**Modello di raccolta del consenso (Adulti)**

Il sottoscritto:

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

Nato a :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presa visione dell'**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli art.13 e 14, Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati,” RGPD”)**, informato della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente prestato, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca, e informato che la negazione del consenso impedisce l’erogazione del servizio di:

**□** Holter cardiaco

**□** Holter pressorio

**□** Elettrocardiogramma

**□** Prelievo capillare

**□** Foratura lobi

**□** WhatsApp

**□** Noleggio apparati

**□ Acconsento** al trattamento dei miei dati personali per la finalità sopra indicata.

**□ Non acconsento** al trattamento dei miei dati personali per la finalità sopra indicata.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_