



Famiglia Chiropratica Srl
20097 San Donato MI Via Kennedy 24
Tel: 02- 5162-1803
www.famgliachiropratica.it

INFORMATIVA ex ART.13 D.Lgs.196/2003- Codice Privacy-

Egr. assistito / Gent.le assistita

La informo che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE (2016/79) sul trattamento dei dati personali le rendo note le seguenti informazioni:

- 1) il Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali è il DC. David Scott Damaske, amministratore unico dello studio Famiglia Chiropratica SRL, sito in Via J.F. Kennedy, 24 a San Donato Milanese, telefono 02 5162 1803, indirizzo email fam_chiropratica@yahoo.it, P.iva. 06825930966;

Per dati si intendono:

- a. le informazioni che Le richiediamo oggi, col presente modulo (anagrafica, dati di contatto, ecc.) e che potremo richiederLe in futuro;
 - b. le informazioni sullo stato di salute, necessarie o che si rendano necessarie, che verranno da Lei fornite e che saranno trattate per l'esecuzione della prestazione richiesta quale chiropratico a tutela della salute e del benessere dell'interessato. Il trattamento è basato sul consenso da Lei manifestato ed è necessario per l'esecuzione della prestazione richiesta, che, in mancanza, non potrebbe essere eseguita.
 - c. le informazioni sullo stato di salute da Lei fornite spontaneamente, che sono state acquisite attraverso cartelle cliniche, referti specialistici, esami clinici o radiologici e simili, ma sempre con il suo consenso;
- 2) i dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei Suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie di legge;
 - 3) i dati non verranno comunicati a terzi se non nei casi previsti dalla legge e dal Regolamento UE;
 - 4) potranno essere comunicate informazioni sullo stato di salute a familiari, conoscenti, al Suo medico curante o ad altro personale sanitario solo in caso di sua espressa indicazione;
 - 5) il trattamento è effettuato con modalità cartacea e/o attraverso l'uso di computer, in entrambi i casi vengono adottate misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, lo specialista ortopedico, il fiscalista) e le strutture che possono conoscerli in connessione con la prestazione effettuata;
 - 6) in qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.
 - 7) la conservazione avrà durata sino a dieci anni dopo la cessazione del rapporto professionale;
 - 8) i suoi diritti in relazione ai dati forniti sono, ai sensi degli artt. 15/22 Regolamento UE: diritto di accesso ai dati forniti, diritto di rettifica o cancellazione, diritto di limitazione del trattamento che la riguarda, diritto di opporsi al trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo;
 - 9) il consenso al trattamento dei dati può essere revocato in qualsiasi momento senza pregiudizio di quanto avvenuto prima della revoca.

Il sottoscritto.....nato a.....il.....
Residente in.....Via.....
cap.....Prov.....

dichiara di essere stato informato su:

- 1) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con la prestazione chiropratica richiesta;
- 2) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza;
- 3) il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione, di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali, diritto di limitazione del trattamento, diritto di opporsi al trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo;
- 4) il nome del Titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
- 5) la necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni chiropratiche adeguate.

Luogo.....

Data.....

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di poter essere sottoposto alla prestazione chiropratica.

Firma dell'interessato

.....