

<Logo Studio>
<Riga 1 Emittente>
<Riga 2 Emittente>
<Riga 3 Emittente>
<Riga 4 Emittente>

Magenta, <Data corrente>

Oggetto: Dichiarazione di ricevuta informazione e consenso informato per la raccolta, l'utilizzo e la diffusione di immagini fotografiche cliniche

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamloum

Gentile Paziente,
con il presente documento desideriamo informarla che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), il nostro Studio potrà acquisire e trattare immagini fotografiche relative al suo caso clinico, al fine di documentare, supportare e monitorare il percorso terapeutico intrapreso.

Informativa ai sensi dell'art. 13 GDPR

Titolare del trattamento: ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l., con sede legale in Via Brenno Cavallari, 21 a Magenta (MI), email: privacy@admagenta.it, PEC: assistenzalavorosalute@pec.it.

Finalità del trattamento: Le immagini potranno essere trattate esclusivamente per le seguenti finalità:

- A. Supporto alla diagnosi, pianificazione e documentazione delle cure odontoiatriche, nell'ambito dell'attività clinica interna.
- B. Formazione, aggiornamento e confronto professionale tra operatori sanitari facenti parte dell'equipe clinica di ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l., nel rispetto del segreto professionale.
- C. Presentazione anonima come case study in congressi, pubblicazioni scientifiche, articoli di settore o materiale divulgativo e formativo di natura medico-professionale.

Tutele previste:

- Le immagini non conterranno dati identificativi del paziente (nome, volto riconoscibile, tatuaggi, segni particolari, ecc.) salvo ulteriore autorizzazione scritta.
- Le immagini saranno archiviate all'interno della cartella clinica in formato digitale e/o cartaceo e custodite in modo sicuro, accessibili solo a personale sanitario autorizzato.
- Il trattamento avverrà secondo principi di liceità, correttezza, trasparenza e minimizzazione dei dati, nel rispetto del diritto alla riservatezza e alla dignità del paziente.

Durata del trattamento:

Il trattamento ha durata illimitata, salvo sua diversa richiesta. Il consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento, scrivendo a: ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l. - privacy@admagenta.it, PEC: assistenzalavorosalute@pec.it.

La revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento effettuato fino a quel momento.

Diritti dell'interessato (art. 15-22 GDPR):

In qualità di interessato, ha il diritto di:

- accedere ai dati che la riguardano;
- chiederne la rettifica o la cancellazione;
- limitare il trattamento o opporsi allo stesso per motivi legittimi;
- proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Consenso

Il/La sottoscritto/a <Frases completa> dopo aver letto e compreso quanto sopra, in merito all'acquisizione e all'utilizzo delle immagini fotografiche cliniche

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

ALS - Assistenza Lavoro Salute S.r.l. all'utilizzo delle immagini fotografiche cliniche.

Magenta, <Data corrente>

Firma paziente <Cognome> <Nome> o del Genitore / tutore legale

Magenta, <Data corrente>

Firma odontoiatra

Dr./Dr.ssa <Cognome Op.> <Nome Op.>

<Dati Fiscali Op.>
