

<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 PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI CLINICHE A SCOPO INFORMATIVO, PROMOZIONALE E DIVULGATIVO (IN FORMA ANONIMA)

Paziente <Cognome> <Nome>

Direttore Sanitario: Dr. Demetrio Lamoum

Gentile Paziente,
con il presente documento desideriamo informarla, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), che potremmo utilizzare alcune immagini fotografiche relative al suo caso clinico esclusivamente in forma anonima, ovvero senza alcun elemento che possa renderla identificabile (es. volto, nome, segni particolari, dati personali).

Il/La sottoscritto/a <Frase completa>, dichiara di aver ricevuto le seguenti informazioni:

Informazioni generali:

- Il Titolare del trattamento è ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l., con sede legale in Via Brenno Cavallari, 21 a Magenta (MI), contattabile all'indirizzo email privacy@admagenta.it o PEC assistenzalavorosalute@pec.it.
- I dati trattati sono immagini fotografiche legate al proprio caso clinico, utilizzate esclusivamente in forma anonima (senza riferimenti identificativi quali nome, volto, segni particolari).
- Le immagini potranno essere utilizzate per finalità di:
 - comunicazione visiva e informazione al pubblico su sito web, social network, materiali promozionali cartacei e digitali;
 - diffusione su canali ufficiali dello studio (Facebook, Instagram, LinkedIn, sito internet, newsletter);
 - esposizione all'interno dei locali dello studio (monitor, poster, brochure).
- Le immagini non saranno mai associate all'identità del paziente né utilizzate per fini diversi da quelli sopra elencati, salvo ulteriore specifico consenso.
- Il trattamento avverrà con modalità manuali e digitali, da parte di personale autorizzato, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
- Il paziente ha diritto, in ogni momento, di:
 - revocare il consenso dato senza pregiudicare la liceità del trattamento fino a quel momento;
 - accedere ai dati che lo riguardano;
 - richiederne la rettifica o la cancellazione, nei limiti di legge.
 - Per esercitare tali diritti è possibile scrivere a: privacy@admagenta.it / assistenzalavorosalute@pec.it

Finalità e canali di utilizzo:

- Social network: pubblicazione su profili ufficiali dello studio (es. Facebook, Instagram, LinkedIn, YouTube)
- Sito web: utilizzo all'interno di pagine istituzionali, blog o sezioni dedicate ai casi clinici
- Materiale marketing: inserimento in brochure, slide, locandine, campagne informative, contenuti digitali e cartacei finalizzati alla promozione dell'attività dello studio
- Comunicazione visiva in sede: utilizzo su schermi, totem, poster o slide interne al centro odontoiatrico

Garanzie di anonimato e tutela dei dati personali:

- Le immagini non conterranno elementi identificativi del paziente (es. volto, occhi, tratti distintivi, tatuaggi, nomi, dati personali), e saranno trattate esclusivamente in forma anonima.
- L'utilizzo sarà finalizzato alla divulgazione scientifica, informativa o promozionale, sempre in modo rispettoso della persona, della sua dignità e nel pieno rispetto della normativa vigente (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).
- Il materiale sarà trattato solo da personale autorizzato e archiviato in modalità sicura.

Durata e revoca del consenso:

Il presente consenso è prestato a titolo gratuito e senza limiti di tempo, ma può essere revocato in qualsiasi momento, con comunicazione scritta da inviare a:

ALS Assistenza Lavoro Salute S.r.l. – privacy@admagenta.it / assistenzalavorosalute@pec.it

La revoca non pregiudicherà il trattamento già effettuato fino a quel momento.

Espressione del consenso:

Il/La sottoscritto/a <Frase completa>, preso atto delle informazioni ricevute

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

a utilizzare immagini e fotografie relative al proprio caso clinico, nelle modalità, finalità e utilizzi descritti nel presente consenso informato.

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.>
