

**INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) recante disposizioni a tutela delle persone e rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata

Il titolare del trattamento e' **C.M.P. Centro Medico Polispecialistico S.r.l.**, Via Gioberti, 46 - 36030 Costabissara (di seguito "Titolare") che trattera' i suoi dati personali e sensibili (idonei a rivelare lo stato di salute) per le finalita' di servizi inerenti alla medicina dello sport, la cardiologia e pneumologia per adempiere agli obblighi contrattuali ed agli obblighi di Legge. Il trattamento dei vostri dati personali e' realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 p. 2 del GDPR 679/2016 sia in modalita' cartacea che informatica nel pieno rispetto del GDPR. I vostri dati saranno trattati solo da soggetti autorizzati dal Titolare (incaricati e responsabili), non saranno trasferiti in paesi extra UE e saranno trattati per il tempo necessario per adempiere alle finalita' indicate e non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto se non richiesto diversamente da lei che puo' esercitare i diritti previsti dal GDPR (art. 15, 16 e 21) in qualsiasi momento inviando una comunicazione scritta a:

**C.M.P. Centro Medico Polispecialistico S.r.l.** - Via Gioberti, 46 - 36030 Costabissara (VI)

Tel: 0444 971173

email: [info@centromedicovicenza.it](mailto:info@centromedicovicenza.it)

**DATI DELL'INTERESSATO E CONSENSO AL TRATTAMENTO**

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

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

do il consenso       nego il consenso

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Compilare solo se l'interessato ha meno di anni sedici:

io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualita' di \_\_\_\_\_ avendo la responsabilita' genitoriale dell'interessato

do il consenso       nego il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma del responsabile genitoriale del minore di anni sedici \_\_\_\_\_

L'informativa completa e' disponibile a questo indirizzo: [www.centromedicovicenza.it/informativa-privacy](http://www.centromedicovicenza.it/informativa-privacy)