Reggio Emilia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gent. Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In occasione del trattamento a cui verrà sottoposto/a, Le chiediamo di acconsentire, per finalità cliniche, all’utilizzo e alla conservazione di foto (o riprese video) negli archivi informatici del Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani Srl, anche in vista delle successive visite di controllo. Questa prassi è molto utile, a volte indispensabile, per valutare correttamente il **risultato finale**.

Le chiediamo, altresì, di esprimere il Suo consenso alla trasmissione e/o presentazione di tali immagini per finalità scientifiche o didattiche, nell’ambito di corsi, riunioni o convegni, nonché alla pubblicazione e/o diffusione delle medesime su carta stampata, sito internet, social network e qualsivoglia mezzo di comunicazione.

La informiamo che la raccolta delle immagini, l’archiviazione e la loro custodia avverrà nel rispetto della normativa vigente in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili (Reg. UE 679/2016).

In base alla suddetta normativa, in qualunque momento, il consenso da Lei prestato potrà essere revocato e i Suoi dati potranno, su esplicita Sua richiesta, essere modificati o cancellati.

Io sottoscritta/a, preso atto delle informazioni sopra riportate:

* Acconsento
* Non acconsento

All’esecuzione, utilizzo e conservazione, per finalità di carattere esclusivamente sanitario, di foto (o riprese video) prima, durante e dopo l’intervento o il trattamento programmato.

* Acconsento
* Non acconsento

All’esecuzione, utilizzo e conservazione, per finalità di carattere scientifico o didattico, nonché per finalità pubblicitarie, di foto (o riprese video) prima, durante e dopo l’intervento o il trattamento programmato.

Firma del paziente Dr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_