

Tipo di documento: **Documento di registrazione**

Titolo del documento: **Modulo prestazione consenso al trattamento dati utenti Centro di Riabilitazione Estensiva Ambulatoriale**

**ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "PRESENZA"
CENTRO DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA AMBULATORIALE**

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____, nato a _____ il ___ / ___ / ___
codice fiscale _____ residente a (Comune, Provincia) _____ in via (indirizzo) _____

- letta l'INFORMATIVA AI PAZIENTI EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO GENERALE N. 2016/679/UE (GDPR) della ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "PRESENZA"

dichiaro di aver compreso il suo contenuto e presto liberamente e consapevolmente il mio consenso al trattamento dei miei DATI PERSONALI secondo le seguenti indicazioni (**barrare la scelta**).

CONSENSO FACOLTATIVO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali per le finalità di cui alla lettera B) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa (immagini e video)

SI NO

Autorizzo il Titolare del trattamento a comunicare le informazioni relative al mio stato di salute, oltre che alle categorie indicate nell'informativa, anche ai seguenti soggetti:

Con riferimento alla normativa vigente in tema di diritto all'immagine e altri diritti connessi, visti gli artt. 10 e 320 cod. civ. e gli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 (Legge sul diritto d'autore) inoltre

AUTORIZZO

a titolo gratuito, da parte ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "PRESENZA", la realizzazione di riproduzioni audio-video e fotografiche riguardanti la mia persona ed il loro successivo utilizzo e diffusione con qualsiasi strumento e mezzo di comunicazione (ivi inclusi, a titolo meramente esemplificativo, articoli, saggi, opuscoli informativi, presentazioni, pubblicazioni su siti internet)

SI NO

(Luogo e data)

(Firma)