

Tipo di documento: **Documento di registrazione**

Titolo del documento: **Modulo prestazione consenso al trattamento dati utenti Centro Socio Riabilitativo  
Diurno**

**ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO "PRESENZA"  
CENTRO SOCIO RIABILITATIVO DIURNO**

**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)