



## UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Dipartimento di Scienze Mediche

Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport

Laboratorio di Fisiologia degli Sport, Via Porcell 4 Cagliari, Tel.0706758923-8937

Det. Reg. 831 del 14/06/2005 - Accr. Reg.N.0006374 del 18/03/2008

### Consenso al trattamento dei dati ed informative ai sensi del Codice sulla Privacy

(D.Leg.vo 196/03)

Per fornirci i suoi dati personali, La preghiamo di leggere il presente  **foglio informativo**.

1- Per "dati" si intendono:

- quelli che Le richiediamo oggi, col presente modulo e che potremo richiederLe in futuro;
- quelli sanitari che avremo occasione di rilevare nell'espletamento delle prestazioni mediche a suo favore;
- quelli sanitari necessari o che si renderanno necessari per l'espletamento della nostra attività nel perseguimento della finalità di tutela della Sua salute;
- quelli spontaneamente da Lei forniti.

2 - I dati vengono da noi raccolti con l'esclusiva finalità di svolgere la nostra attività professionale nei suoi confronti, compresa la gestione contabile del rapporto. In particolare provvederemo a tenere le registrazioni obbligatorie per legge, sia amministrative che sanitarie.

3 - I dati potranno essere registrati su supporti informatici e cartacei, che verranno da noi mantenuti e protetti con modalità idonee

4 - I dati potranno essere:

- comunicati al suo medico curante in caso di necessità o comunicati ad altro personale sanitario;
- messi a disposizione del personale medico, che frequenta, che collabora con questo ambulatorio;

5 - Le comunichiamo i Suoi diritti:

**A** – Ottenere senza ritardo:

- la conferma o meno dell'esistenza dei dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento.
- la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;
- l'aggiornamento, la rettificazione, ovvero qualora ne abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- l'attestazione che le operazioni di cui ai precedenti n. 2 e 3 sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati, eccettuato i casi in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato al diritto tutelato;

**B** - Opporsi in tutto od in parte al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Per quanto riguarda il suo diritto ad opporsi in tutto od in parte al trattamento di dati personali che La riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, Le precisiamo che tali attività NON verranno comunque svolte dal nostro Studio in quanto estranee all'esercizio professionale medico.

La informiamo inoltre che per poter ottenere una corretta erogazione dei nostri servizi professionali è necessario che ci fornisca i dati richiesti.

**Consenso: Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità e modalità di cui sopra, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini della legge.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

data. \_\_\_\_\_

firma