



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

PAZIENTE: _____

Io sottoscritto/a _____ esprimo esplicito consenso al trattamento dei dati personali da me forniti a Kinè di Silvia Strata & C.

Sono consapevole:

- dell'impossibilità di procedere nel rapporto di cura nel caso di mancata sottoscrizione del presente consenso;
- che la valutazione posturale implica la necessità di effettuare immagini fotografiche al fine di una migliore valutazione. Tali immagini saranno gestite a completamento delle cartelle cliniche e condivise con i collaboratori per ragioni di necessità operative;
- **acconsento, in particolare, che i trattamenti di ginnastica correttiva, posturale, riabilitativa e tutto quanto non richieda necessariamente attività IN PRESENZA, potranno avvenire via chat singola o di piccoli gruppi.**

Nel caso di trattamento di dati di minore, autorizzo il trattamento dei dati personali di mio figlio/figlia, da svolgersi in conformità all'informativa, redatta secondo il Regolamento 679/2016.

La durata del trattamento dei dati è prevista in anni 10, secondo i termini di prescrizione, e di ulteriori anni 10 per finalità cliniche in ipotesi di possibili recidive. In alternativa i dati sanitari raccolti, a conclusione del trattamento, potranno essere consegnati all'interessato dietro esplicita richiesta (D.05).

DATI PAZIENTE

NOME _____

COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

TELEFONO _____

E_MAIL _____

(scrivere tutto in stampatello leggibile)

MEDICO DI RIFERIMENTO _____

Richiedo che al termine della terapia, la conservazione della mia documentazione avvenga a cura di Kinè anche per un periodo superiore ai 10 anni.

NEL CASO DI PAZIENTE MINORE NOME E COGNOME GENITORE (O TUTORE)

Parma, ____/____/____

Firma di chi ha compilato il presente documento