

Aventino Medical Group - via S. Alberto Magno 5, 00153 Roma (Italy)

## ECRIRE EN MAJUSCULES

Je soussigné(e) Prénom Nom de Famille  
 M  \_\_\_\_\_  
 F  \_\_\_\_\_  
 né(e) à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 codice fiscale (n° de sécurité sociale italienne) \_\_\_\_\_  
 domicile Via \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
 téléphone: domicile bureau portable  
 \_\_\_\_\_  
 courriel: \_\_\_\_\_  
 occupation Télécopieur  
 \_\_\_\_\_  
 assurance médicale Oui   
Non  laquelle? \_\_\_\_\_  
 Si vous avez Van Breda, indiquez votre n° de carte \_\_\_\_\_  
 le nom du docteur \_\_\_\_\_ m'a été donné par \_\_\_\_\_

1. Je déclare avoir été(e) informé(e) sur le but dans lequel les données seront utilisées, à savoir aider le praticien à établir un diagnostic et mettre en oeuvre un traitement curatif ou une mesure preventive pour le bien de ma santé;
2. j'accepte que des personnes, ou des catégories de personnes, soient informées sur mes données personnelles de par leur profession: médecins remplaçants, laboratoires d'analyses, médecins spécialistes, pharmaciens, hopitaux, cliniques privées ou conventionnées et fiscalistes;
3. je demande un droit d'accès permanent et la possibilité de mise à jour, de modification, ou de suppression de mes données personnelles. Ces données ne peuvent etre utilisées dans le but de propositions à caractère commercial;
4. je demande à etre informé(e) du nom et de l'adresse du médecin responsable de mes données personnelles;

Je donne mon consentement pour l'utilisation des mes données personnelles et sensibles, à la condition exclusive d'une utilisation à but diagnostique ou thérapeutique par les médecins de l'Aventino Medical Group.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_