



EUROMEDICATM
ASSISTANCE S.R.L.

20136 Milano - Viale Bligny, 11
Tel. 02 92853126

Cellulare di reperibilità: 3938581050

info@euromedica-assistance.com
www.euromedica-assistance.com
P.I. - C.F. - R.I. CCIA 08163830964
Capitale sociale € 10.000 i.v.

Dichiarazione di consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a a _____ il _____

Cod. Fisc. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____ cap _____

telefono _____ fax _____

Domicilio se diverso dalla residenza _____

e-mail _____

Convenzioni _____

Come ci ha conosciuto? Web Amici Bocconi Altro _____

.....

Io sottoscritto/a, preso atto dell'informativa preventiva di Euromedica Assistance S.r.l. consultabile e scaricabile dal sito web <http://www.euromedica-assistance.com/privacy-policy>, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dati, rientrano nel novero dei dati "sensibili" della citata legge,

ACCONSENTO al trattamento dei dati personali e sanitari (nonché dei dati anagrafici) per le finalità di cui al **punto a** della nota informativa (prestazioni mediche, invio telematico ecc.).

con riferimento al trattamento dei miei dati personali (nonché dei dati anagrafici) per le finalità di cui al **punto b** della nota informativa (l'invio, tramite posta, e-mail, sms o App di messaggistica, di materiale informativo su attività di formazione, comunicazioni di attività sanitarie, anche preventive o riabilitative e materiale informativo vario):

acconsento *non acconsento*

con riferimento al trattamento dei miei dati personali, solo anagrafici, per le finalità di cui al **punto c** della informativa (l'invio di materiale promozionale, per scopi commerciali):

acconsento *non acconsento*

con riferimento al trattamento dei miei dati personali, solo anagrafici, per le finalità di cui al **punto d** della informativa (profilazione):

acconsento *non acconsento*

Sono altresì a conoscenza del fatto che, in caso di assistenza domiciliare erogata in convenzione con il SSR verranno comunicati al mio medico di base e/o all'ATS i dati anche sensibili relativi all'evento sanitario che mi sta riguardando.

In caso di minore (o persona in stato di incapacità di intendere e volere) rendo il presente consenso in Sua vece in qualità di (genitore; tutore)

[in tal caso precisare cognome, nome, data e luogo di nascita sotto la firma]

Milano,

Firma