



Top Class Comfort & Technology Clinic



CASA
DI CURA
PROF. E. FALCIDIA

Direttore Prof.* Dr. Ernesto Falcidia



PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA

Unità Di Medicina della Riproduzione
Diagnosi e Terapia della Infertilità

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. _____

collaboratore con contratto di prestazione d'opera della Casa di Cura Prof. E. Falcidia s.r.l. consapevole che il trattamento riguarda dati personali comuni ed eventualmente dati particolari (ex sensibili) di cui all'art. 9 del GDPR-Reg/UE 2016/679, dichiara di aver ricevuto in data odierna esaustiva informazione inerente al trattamento degli stessi da parte di codesta Casa di Cura.

Pertanto:

presto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità nella stessa indicate.

nego il mio consenso.

Firma leggibile

Catania, _____