



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. _____

dipendente della Casa di Cura Prof. E. Falcidia s.r.l. con la qualifica di _____ consapevole che il trattamento dei dati rientra nelle categorie particolari di dati personali (particolari) 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, _____