



Top Class Comfort & Technology Clinic



CASA
DI CURA **FALCIDIA**
PROF. E.

Direttore Prof.* Dr. Ernesto Falcidia



Unità Di Medicina della Riproduzione
Diagnosi e Terapia della Infertilità

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali relativa al ritiro della documentazione sanitaria (art. 13 del Regolamento Europeo UE 2016/679) che mi è stata messa a disposizione dal titolare del trattamento.

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

Con riferimento alle finalità di valutazione delle prestazioni erogate attraverso strumenti qualitativi e alle attività di promozione ed informazione dei servizi e delle prestazioni della Casa di Cura:

- presto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa.
- nego il mio consenso

Firma

Catania, li _____