



Da trasmettere a: privacy@columbus3c.com

MODULO REVOCA CONSENSI E RETTIFICA DATI

Il/La Sottoscritto/a _____ (nome e cognome), nato/a _____
(luogo di nascita), il _____ (data di nascita)

DICHIARA DI ESSERE

☐ **il diretto interessato;**

oppure

☐ **l'esercente la responsabilità genitoriale;**

☐ **il tutore/curatore/amministratore di sostegno.**

nei confronti di:

Nome _____ Cognome _____ Nato/a a (luogo di nascita) _____
_____ il _____ (data di nascita)

ESERCITA

☐ **per sé stesso;**

☐ **per la persona sopra indicata.**

Il diritto di revoca del consenso per le seguenti finalità del trattamento*:

☐ comunicazione dati personali, anche particolari, alla compagnia assicurativa e/o fondi di assistenza sanitaria integrativa e/o cassa mutua (es. documentazione contenente dati anagrafici, documentazione fotografica relativa all'intervento subito immagini pre e post operazione, referenti, cartella sanitaria) per la gestione delle pratiche assicurative ed eventuali rimborsi.

☐ comunicazione di informazioni su stato di salute, percorso di cura, esiti di esami medici a persone eventualmente indicate nei moduli dedicati.

COLUMBUS CLINIC CENTER s.r.l.

Via Buonarroti 48, 20145, Milano Tel. 02 480801 - Fax 02 48080635
C.F. e P. IVA 08837020968 info@columbus3c.com www.columbus3c.com



☐ realizzazione di foto e/o video pretrattamento – durante lo stesso - post trattamento e/o pre - durante - post-intervento per la registrazione di segni clinici ai fini di un miglior inquadramento del relativo caso clinico e per la conseguente programmazione clinica pre e post trattamento o pre e post-intervento.

☐ trasmissione, per posta elettronica, di documenti relativi alle prestazioni sanitarie effettuate all'interno della Clinica (es. cartella clinica, analisi del sangue, radiografie, referti medici etc.)

☐ ricezione di e-mail informative/commerciali inerenti iniziative e servizi promossi e sviluppati dalla Clinica, all'indirizzo e-mail fornito.

(*è possibile indicare una o più opzioni)

Il diritto di rettifica dei dati personali forniti per le seguenti finalità di trattamento*:

☐ comunicazione di informazioni su stato di salute, percorso di cura, esiti di esami medici a persone eventualmente indicate nei moduli dedicati.

1. _____ n. tel. _____

2. _____ n. tel. _____

3. _____ n. tel. _____

Si prega di specificare se i contatti indicati sostituiscono o integrano i contatti precedentemente forniti in fase di accettazione:

☐ **SOSTITUZIONE**

☐ **INTEGRAZIONE**

☐ trasmissione, per posta elettronica, di documenti relativi alle prestazioni sanitarie effettuate all'interno della Clinica (es. cartella clinica, analisi del sangue, radiografie, referti medici etc.)

Indirizzo e-mail: _____

Si prega di specificare se il contatto indicato sostituisce o integra i contatti precedentemente forniti in fase di accettazione:

☐ **SOSTITUZIONE**

☐ **INTEGRAZIONE**

(*è possibile indicare una o più opzioni e compilare i campi con i nuovi dati)

COLUMBUS CLINIC CENTER s.r.l.

Via Buonarroti 48, 20145, Milano Tel. 02 480801 - Fax 02 48080635
C.F. e P. IVA 08837020968 info@columbus3c.com www.columbus3c.com



CONSAPEVOLE CHE:

- le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. N.445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Si allega copia di documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____, lì _____

Firma (per esteso e leggibile) _____