

Déclarations des données personnelles aux fins mentionnées dans la fiche d'information

Je soussigné(e), _____

né(e) le _____ à _____

N° SS : _____

☐ pour moi-même*ou en qualité de*☐ parent de mineur,☐ de tuteur légal,☐ d'administrateur de soutien,

de (prénom et nom) _____

né(e) le _____ à _____

et domicilié/e à _____

N° SS : _____

DÉCLARE

- avoir reçu la fiche d'information sur le traitement des données personnelles,
- avoir eu le temps de la lire et de la comprendre parfaitement,
- avoir reçu suffisamment d'explications à toutes les questions,
- d'être à connaissance du fait que le traitement de données appartenant à des catégories particulières (comme la santé) est requis aux fins d'évaluation et de traitement avec thérapie hadronique, comme prévu par la RGPD UE 2016/679 (art 9 ch. 2 lett h).

Demande que les informations relatives à son état de santé et au parcours thérapeutique :☐ **NE SOIENT PAS** divulguées à quiconque ;☐ soient divulguées au **médecin de famille**, Dr. _____

Téléphone _____ E-mail _____ ;

☐ soient divulguées aux personnes indiquées ci-dessous :

<i>Parenté / Relation</i>	<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>	<i>Téléphone</i>

Je consens ☐ Je ne consens pas ☐d'être contacté par **SMS, courrier électronique** ou **téléphone** pour des communications de service strictement fonctionnelles au chemin thérapeutique (rappel de rendez-vous, règles de préparation à l'examen, follow-up périodiques).Je consens ☐ Je ne consens pas ☐que Fondazione Cnao contacte **les personnes ci-dessus identifiées** par **SMS, courrier électronique** ou **téléphone** pour des communications de service strictement fonctionnelles au chemin thérapeutique (rappel de rendez-vous, règles de préparation à l'examen, follow-up périodiques).Je consens ☐ Je ne consens pas ☐au fait **son cas puisse faire objet d'analyses scientifiques rétrospectives** qui pourraient faire l'objet d'une publication scientifique strictement anonyme. Il s'agit de **recherche interne au CNAO, effectuée sur des données déjà fournies pour les soins** qui est effectuée **uniquement sur donnée pseudonymisée** (le sujet est identifiable uniquement si demandé par le médecin en charge de ses soins).

Je consens ☐ Je ne consens pas ☐

au fait que la Fondation CNAO **traite ses données personnelles à des fins de communication scientifique et institutionnelle** et prends acte du fait que ce consentement sera valide pour **publication, diffusion images, films, entrevues lors de transmissions télévisées, page web** de la Fondation et publications scientifiques, institutionnelles de celle-ci, à titre gratuit et sans limites de temps, conformément aux articles 96 et 97 de la loi 633/41.

Pavie le, _____

Signature _____