MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____
per sé medesimo,

oppure

in qualità di parente/tutore/amministratore di sostegno della persona incapace _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____

DICHIARA

1. Di aver ricevuto ed aver compreso l'informativa resa dal Titolare ai sensi degli artt. 13 del Reg. UE 2016/679;
2. Che in relazione ai trattamenti dei dati personali effettuati dal Titolare, innanzi esplicitati e concernenti:
   I. Lo **studio e la ricerca medico-scientifica** (par. 2, lett. f);

   ☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

   II. La **verifica del livello di soddisfazione** delle prestazioni ricevute (par. 2, lett. g);

   ☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

   III. La **promozione** della Struttura e dei servizi da essa erogati (par. 2, lett. h)

   ☐ **Presta il consenso** ☐ **Nega il consenso**

Luogo_____ Data_____

Firma

_____