

## Modulo per l'acquisizione del CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) prevede la disciplina per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Ti abbiamo reso disponibile l'Informativa:

- in versione semplificata "La nostra Privacy Policy in breve" e
- in versione completa "La nostra Privacy Policy in dettaglio".

Con la compilazione del seguente Consenso potrai operare la tua scelta.

Ti ricordiamo che l'eventuale diniego al trattamento dei dati non ci consentirà di adempiere agli obblighi di legge previsti.

Presa visione dell'Informativa, io sottoscritto \_\_\_\_\_, acconsento al rilascio e al trattamento **senza diffusione** dei seguenti dati:

- anagrafici  SI  NO
- di contatto  SI  NO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ In caso di minore: firma genitore \_\_\_\_\_

---

## Modulo per l'acquisizione del CONSENSO AL TRATTAMENTO DELLE IMMAGINI

Il Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) prevede la disciplina per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Ti abbiamo reso disponibile l'Informativa:

- in versione semplificata "La nostra Privacy Policy in breve" e
- in versione completa "La nostra Privacy Policy in dettaglio".

Con la compilazione del seguente Consenso potrai operare la tua scelta.

Presa visione dell'Informativa, io sottoscritto \_\_\_\_\_, acconsento per le immagini ed i video in cui sono presente :

- al loro uso interno  SI  NO
- alla loro diffusione  SI  NO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ In caso di minore: firma genitore \_\_\_\_\_

## Modulo per l'acquisizione del CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI

Il Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) prevede la disciplina per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Ti abbiamo reso disponibile l'Informativa:

- in versione semplificata "La nostra Privacy Policy in breve" e
- in versione completa "La nostra Privacy Policy in dettaglio".

Con la compilazione del seguente Consenso potrai operare la tua scelta.

Presa visione dell'Informativa, io sottoscritto \_\_\_\_\_, acconsento  
per i dati medico sanitari che vi ho fornito:

- al loro uso interno  SI  NO
- alla comunicazione a terzi  SI  NO

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ In caso di minore: firma genitore \_\_\_\_\_