**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il **Titolare del trattamento** è lo Studio XXXXXXXXX Dott. XXXXX, sito in XXXXX, Telefono: XXXX, e-mail: XXXXX

Il sottoscritto nato a il residente in

(in caso di pazienti minori: Genitore di ……………………………………………………………………… )\*

paziente dello Studio XXXXXXXXXXX Dott. XXXXX essendo stato informato sulle finalità del trattamento dei miei dati personali, sulle modalità di trattamento e conservazione, sulle modalità di esercizio dei miei diritti e in generale su tutti i contenuti dell’Informativa sulla Privacy, (*barrare la casella corrispondente e apporre firma leggibile*):

* per le attività di comunicazione dello Studio finalizzate a promemoria per gli appuntamenti ai pazienti (via SMS)

presto il consenso\*\* nego il consenso

* per le attività di comunicazione dello Studio a scopo informativo/promemoria per la visita d’igiene o odontoiatrica (contatto telefonico)

presto il consenso\*\* nego il consenso

Firma del paziente

Luogo, data

*\*In caso di minori, il consenso può essere espresso a partire dall’età di anni 14 (quattordici). Prima di tale età occorre che il consenso sia fornito da uno dei genitori o chi ne fa le veci.*

*\*\*Le ricordiamo che potrà in ogni momento revocare il consenso od opporsi al trattamento comunicandolo al Titolare senza alcuna formalità scrivendo all'indirizzo postale della sede legale o all’indirizzo PEC dello Studio*