



STUDIO DI OSTEOPATIA E FISIOTERAPIA  
ENRICO DELL'ACQUA

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
AL TRATTAMENTO OSTEOPATICO FISIOTERAPICO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

In caso di genitori non sposati/seperati: nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

*in qualità di Genitore/Rappresentante Legale di* \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**DICHIARO DI**

- di essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente da Enrico Dell'Acqua sul tipo di trattamento proposto: tecniche, materiali e mezzi utilizzati;
- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione del trattamento suddetto;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il trattamento;
- sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento il trattamento;
- sull'impossibilità a procedere nel trattamento in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

**DICHIARO INOLTRE DI:**

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il trattamento proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali;
- essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi a Enrico Dell'Acqua

**PERTANTO**

**ACCONSENTO AL TRATTAMENTO OSTEOPATICO FISIOTERAPICO**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma Paziente o del/i genitore/i \_\_\_\_\_



STUDIO DI OSTEOPATIA E FISIOTERAPIA  
ENRICO DELL'ACQUA

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI RELATIVI ALLA SALUTE  
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 2016/679**

Gent.le Sig.\Sig.ra (indicare nome tutore legale o entrambi i genitori in caso non sposati o separati)

---

a nome di (indicare nome del minore) \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (di seguito Reg. UE), ed in relazione ai dati personali di cui il sottoscritto ENRICO DELL'ACQUA entrerà in possesso, La informo di quanto segue:

**1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento dei dati è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione del mio incarico professionale connesso con le attività di valutazione fisioterapica, prevenzione, cura e riabilitazione svolte a tutela della sua salute da ENRICO DELL'ACQUA

**2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento dei dati è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 2 del Reg. UE. Il trattamento dei dati è svolto dal Titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

**3. CONFERIMENTO DEI DATI**

Il conferimento dei dati personali e relativi alla salute è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.

**4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI**

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.

**5. COMUNICAZIONE DEI DATI**

I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a familiari, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti, medici associati, fisioterapisti, collaboratori interni\esterni, soggetti comunque operanti nel settore medico\fisioterapico e, in genere, a tutti quei soggetti cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.

**6. DIFFUSIONE DEI DATI**

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento del presente incarico, ENRICO DELL'ACQUA potrà altresì venire a conoscenza ed utilizzare dati relativi alla salute per il trattamento dei quali, in ottemperanza alle disposizioni normative sopra richiamate (art. 6 del Reg. UE), è con la presente a richiedere espresso consenso. I dati verranno conservati, per il periodo di tempo previsto dalla normativa comunitaria, da leggi, o da regolamenti e comunque, per un periodo non superiore a quello strettamente necessario per adempiere agli incarichi conferiti. I dati potranno essere comunicati a soggetti pubblici o privati, nei limiti strettamente pertinenti all'espletamento dell'incarico conferito e nel rispetto, in ogni caso, del segreto professionale.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_