

# SCHEMA ANAGRAFICA

\* campi obbligatori

COGNOME\* .....

NOME\* .....

DATA E LUOGO DI NASCITA\* .....prov. ....

COD. FISCALE\* .....

RESIDENZA\* ..... Via/C.so ..... n° .....

Città ..... CAP ..... prov. ....

TEL. abitazione ..... o ufficio .....

CELL. ....

EMAIL@ .....

## DOMICILIO\* (se diverso dalla residenza)

Via/C.so ..... n° .....

Città ..... CAP ..... prov. ....

## Come siete venuti a conoscenza della nostra struttura?

- Passaparola  Ricerche su internet  
 Giornali / pubblicità  Social network  
 Medico inviante .....  
 Ente convenzionato .....  
 Altro .....

SI	NO	Desiderate essere ricontattati tra un anno, in caso di esame periodico?
SI	NO	Desiderate essere inseriti nella nostra mailing list, per comunicazioni dirette?
SI	NO	Avete una Convenzione tra quelle riconosciute da Examina?

Quale? (vedere elenco segreteria) .....

Ai sensi del del ex art. 13 Dlgs. 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679, letta l'informativa messa a disposizione, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura da parte di EXAMINA S.r.L.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## In caso di minore / persona tutelata firma del genitore o del tutore:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in  
qualità di genitore / tutor del paziente.

Firma \_\_\_\_\_