



A.C.A.R. APS

ASSOCIAZIONE CONTO ALLA ROVESCIA
PER L'INFORMAZIONE E LA RICERCA SULLA MALATTIA ESOSTOSANTE, LA MALATTIA DI
OLLIER E SULLA SINDROME DI MAFFUCCI - APS

Sede legale: Piazza Pietro Merolli n. 2, Pal. B - 00151 ROMA C.F. 97410860585

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO

Nome e Cognome:

Codice Fiscale:

Il/La sottoscritto/a interessato/a, dichiara di aver acquisito e compreso le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi del Reg.to UE 2016/679 GDPR, mediante apposita informativa che si allega e:

- presta il suo consenso al trattamento dei dati personali necessari al perseguimento dei fini indicati nella suddetta informativa ed in particolare: ricerche scientifiche e epidemiologiche relative la patologia, ricerche psico-sociali relative l'inserimento sociale, favorire una circolarità di informazioni relative la patologia?

Nego il consenso Presto il consenso

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa ed in particolare la comunicazione dei dati potrà essere unicamente finalizzata ad attività di ricerca scientifica, epidemiologica, sociale, clinica e psicologica ed utilizzati per migliorare l'efficacia delle comunicazioni associate alle attività dell'A.C.A.R., senza che altri ne abbiano mai l'accesso diretto?

Nego il consenso Presto il consenso

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari al perseguimento dei fini indicati nella suddetta informativa ed in particolare: ricerche scientifiche e epidemiologiche relative la patologia, ricerche psico-sociali relative l'inserimento sociale, favorire una circolarità di informazioni relative la patologia?

Nego il consenso. Presto il consenso

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati sensibili per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa ed in particolare la comunicazione dei dati potrà essere unicamente finalizzata ad attività di ricerca scientifica, epidemiologica, sociale, clinica e psicologica ed utilizzati per migliorare l'efficacia delle comunicazioni associate alle attività dell'A.C.A.R., senza che altri ne abbiano mai l'accesso diretto?

Nego il consenso Presto il consenso

FIRMA SOCIO

(PER I MINORENNI) FIRMA PADRE

FIRMA MADRE

Si allega informativa.

Data