



RICHIEDI LA TUA CARTA MEDICAL CARD

* questi campi sono obbligatori

TITOLARE DELLA CARTA

Cognome e Nome*		
Data di nascita*	Luogo di nascita*	Prov.*
Codice fiscale*	Sesso* <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

RESIDENZA

Città	c.a.p.	Prov.
Indirizzo		
Num. Telefono fisso	Cellulare*	
Email*		

IN CASO DI MINORE (compilare con i dati di chi esercita la responsabilità genitoriale)

Cognome e Nome		
Data di nascita*	Luogo di nascita*	Prov.*

ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO SCELTA DELLA MODALITÀ DI CONTATTO

Dichiaro di aver letto e accettato il regolamento della Carta Medical Card e di aver preso visione dell'Informativa ai sensi dell'Art. 13 del regolamento UE 2016/679 e del D.LGS 196/2003 e SS.MM.II, riportata nel presente foglio informativo e di averne ricevuto copia.

Firma Titolare (o chi ne esercita la responsabilità genitoriale)*

Data*

SCELTA DELLA MODALITÀ DI CONTATTO

Il sottoscritto/a, letta l'informativa privacy, esprime il proprio libero consenso al ricevimento di materiale/comunicazioni pubblicitarie derivanti dal Titolare secondo le seguenti modalità (Punto 4.b dell'informativa)

NON desidero ricevere materiale/comunicazioni pubblicitarie dal Titolare

Desidero ricevere il materiale informativo via email

Indirizzo _____

Desidero ricevere avvisi informativi via sms *

Cellulare _____

Il sottoscritto/a, letta l'informativa privacy, esprime il proprio libero consenso alla profilazione sulla base delle informazioni e dei dati particolari raccolti dal Titolare (Punto 4.c dell'informativa)

NON acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità di profilazione

acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità di profilazione

Firma Titolare*

Data*

CONSEGNA IL PRESENTE MODULO COMPILATO

RISERVATO ALLA CLINICA da compilare in caso di SOSTITUZIONE

Carta da disabilitare per SMARRIMENTO/FURTO

CODICE TESSERA _____ ANNO _____

M-ACC.AMB-10 ed. 1 del 01/09/2020 - Pag. 2/2