



LIBERATORIA PER MINORENNI –

VISITA O RIEDUCAZIONE PRESSO L'ISTITUTO RAFFAELE GAROFALO S.R.L.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____ nr. _____

in qualità di genitore legalmente esercente la potestà del figlio minorenne

Nome e Cognome del minore _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

in via _____ nr. _____

Con la sottoscrizione della presente, permetto a mio figlio di recarsi in autonomia presso l'Istituto Raffaele Garofalo S.r.l.:

- per effettuare i trattamenti prescritti dal giorno: _____ al _____

- la visita medica programmata in data: _____

Scagiono l'Istituto Raffaele Garofalo S.r.l. da qualsiasi responsabilità e controversia eventuale successiva a fatti accaduti a mio figlio.

_____, li _____

Firma genitore _____
(allegare fotocopia carta d'identità del genitore)

Trattamento dati personali (Privacy): l'Istituto Raffaele Garofalo s.r.l. comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati dall'Interessato saranno trattati esclusivamente per le finalità riportate nell'informativa completa nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE (GDPR). Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Istituto Raffaele Garofalo s.r.l. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del GDPR. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'azienda all'indirizzo: www.istitutoraffaelegarofalo.com. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono reperibili sul sito aziendale dell'Istituto Raffaele Garofalo S.r.l. all'indirizzo: privacy@istitutoraffaelegarofalo.com

Data ____/____/____

Firma _____