

Data _____

"PIANO ODONTOIATRICO ISCRITTO"



ATTESTAZIONE ODONTOIATRA PER ISCRITTO

DATI ISCRITTO CADIPROF Cognome_____ Nome____ Data di nascita gg___mm___ aaa_____ Indirizzo _____ _____ n. _____ Comune ______ CAP _____ Prov. ____ Cod. Fiscale DA FAR COMPILARE AL DENTISTA ■ IMPIANTO OSTEOINTEGRATO il/la sottoscritto/a Dott. attesta che il/la _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a all'intervento di sig./sig.ra _____ posizionamento di n. _____ impianti, alla/e posizione/i _____ / ____ Piano di cura: data inizio trattamento _____ data fine trattamento _____ preventivo di costo totale: _____ Timbro e firma del dentista RIABILITAZIONE PROTESICA CON CORONE FISSE SU DENTE NATURALE O RADICE _ attesta che il/la il/la sottoscritto/a Dott. sig./sig.ra _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a all'intervento di posizionamento della corona, alla posizione Timbro e firma del dentista Data _____ ■ TRATTAMENTO ORTODONTICO il/la sottoscritto/a Dott. attesta che il/la __ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a trattamento ortodontico di tipo fisso |__| mobile |__| invisibile |__| (barrare almeno una delle caselle) Data inizio trattamento: _____/____ Durata trattamento: Mesi |___| Preventivo di costo: ____ Primo acconto¹ versato in data ____/___ (campo da compilare in caso di pagamento rateizzato) Saldo² versato in data ____/____ ¹ È la data dell'acconto versato a conferma del preventivo e che determina la data di inizio trattamento. ² Saldo di fine lavoro che determina la data di fine trattamento. Oppure, in caso di pagamento anticipato in unica soluzione, inserire la sola data saldo che determina la data inizio e fine trattamento. Data Timbro e firma del dentista Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti l'iscritto, i suoi familiari (inerenti dati anagrafici e/o sanitari) e il datore di lavoro, forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede della CADI.PROF. (di seguito per brevità denominata Cassa) in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità. La Cassa garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene seguito per unevirua entrollimitata dassa) in itorità cut in utilizzo in procedure intornatizzate, nei mour e lei mini necessan per perseguite per decidi di donee a garantitre la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzate per finalità differenti da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati sranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali nostri Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta escuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico della Cassa. Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabili del trattamento dati per CADI.PROF. ovvero al suo legale rappresentante pro tempore. Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l'interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma dell'iscritto/a _____