

“DENTISTA PER LA FAMIGLIA” ATTESTAZIONE ODONTOIATRA PER ISCRITTO

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita gg ____ mm ____ aaaa _____

Indirizzo _____ n. _____ Comune _____ CAP _____ Prov. _____

Cod. Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tel. ____ / ____ / ____ Cell. ____ / ____ / ____ Fax ____ / ____

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA COMPLETA

il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che

il/la sig./sig.ra _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a all'intervento

di posizionamento di n. _____ impianti, alla/e posizione/i ____ / ____ / ____

Data _____

Timbro e firma del dentista _____

RIABILITAZIONE PROTESICA SU DENTE NATURALE O RADICE

il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che

il/la sig./sig.ra _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a all'intervento

di posizionamento della corona, alla posizione ____

Data _____

Timbro e firma del dentista _____

TRATTAMENTO ORTODONTICO

il/la sottoscritto/a Dott. _____ attesta che

il/la sig./sig.ra _____ sopraindicato/a è stato/a sottoposto/a trattamento

ortodontico di tipo fisso mobile invisibile (barrare almeno una delle caselle) e che lo stesso è stato
totalmente pagato e saldato nell'anno 2024 e/o 2025.

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. In caso di pagamento anticipato in unica soluzione, inserire la sola data saldo che determina la data inizio 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 C.A.DI.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 secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno 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 esecuzione 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 Responsabile del trattamento dati per C.A.DI.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.

Data _____

Firma dell'iscritto/a _____