

Liberatoria e Consenso Privacy

per la pubblicazione di immagini e video



Io sottoscritto **COGNOME NOME** nato in **COMUNE di NASCITA (ZZ)** in data **XX/XX/XXXX** e residente in **VIA CASAMIA N. 999** in **MIOCOMUNERESIDENZA (ZZ)** - Codice Fiscale **TTTQQQCCHDDZ999Z** con la presente

AUTORIZZA L'IRCCS ISTITUTO TUMORI DI BARI GIOVANNI PAOLO II

ad effettuare videoriprese delle tecniche chirurgiche **durante l'intervento sulla mia persona programmato in data XX/XX/XXXX. Tali videoriprese potranno essere utilizzate solo** per finalità didattiche con **pubblicazione, previa anonimizzazione, anche su siti internet di settore quali :**

La presente autorizzazione non consente l'uso delle videoriprese in contesti che pregiudichino la mia dignità personale ed il mio decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati. Il/la sottoscritto/a conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.

Firma Leggibile del diretto interessato

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati (GDPR), i dati personali che la riguardano saranno trattati per lo svolgimento delle attività autorizzate sopra descritte, sempre al fine del perseguimento delle finalità indicate. In relazione ai dati conferiti Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. 15 e successivi del Regolamento tra cui: conferma dell'esistenza dei dati, origine, finalità, aggiornamento, cancellazione e diritto di opposizione.

MAGGIORI INFORMAZIONI in merito ai Suoi diritti e alle modalità di esercizio potranno essere richieste direttamente al **Responsabile per la Protezione dei Dati (DPO)** :

telefono 0805555389 email : rpd@oncologico.bari.it Pec: privacy@pec.oncologico.bari.it

Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs>, nell'apposita sezione "Privacy".

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

Data :

FIRMA :

Firma Leggibile del diretto interessato

Mod_09-Informativa-liberatoria-Video-Immagini