



**MODULO ANAGRAFICA**

Vi chiediamo gentilmente di compilare il seguente modulo ed inviarcelo via mail (info@forianpirola.it) o di portarlo direttamente ompilato e firmato alla prima visita, al fine di facilitare e velocizzare le operazioni di compilazione durante la visita.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M / F

Data di nascita \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

**INDIRIZZO RESIDENZA:**

Indirizzo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_

**CONTATTI:**

TEL. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Medico Inviante \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

—





**CONSENSO INFORMATO (TRATTAMENTO OSTEOPATICO)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**MEDICI DI RIFERIMENTO:**

Medico curante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Medico inviante: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Premesso che:**

- 1) In data odierna mi sono recato/a spontaneamente presso lo studio dell'osteopata **FLORIAN PIROLA** per valutare l'opportunità di sottopormi alla visita ed al trattamento osteopatico e/o di sottoporre la persona che rappresento al trattamento osteopatico.
- 2) Con parole semplici e per me del tutto comprensibili sono stato informato/a riguardo le finalità e le modalità del trattamento, che si avvale di tecniche manuali applicate sul corpo della persona, nel rispetto della sua dignità, sensibilità e cultura, nonché sulle conseguenze, e sul rischio implicito che tale trattamento comporta anche se attuato con perizia, diligenza e prudenza.
- 3) In particolare, mi è stato rappresentato che: - il Professionista non può prescrivere farmaci, non può fare diagnosi medica né prescrivere esami diagnostici di alcun tipo; - il trattamento, avvalendosi di tecniche manuali, necessita di un contatto fisico operatore-paziente e che al paziente, ai fini della valutazione e del trattamento, potrà essere chiesto di rimuovere alcuni capi di vestiario, nel rispetto dell'intimità e della sensibilità della persona; - non sono evidenziati in letteratura eventi avversi conseguenti al trattamento osteopatico. Qualsiasi reazione che si manifesti successivamente ad esso, deve essere segnalata e discussa con il professionista che valuterà la possibilità di modificare il piano di trattamento, di sospenderlo o di inviare il paziente ad altro professionista di diversa competenza; - il trattamento potrebbe essere controindicato in presenza di quadri patologici gravi non diagnosticati.
- 4) Sono stato altresì informato: - del piano di trattamento previsto e dell'obiettivo.
- 5) Il compenso pattuito per la prestazione offerta dall'osteopata Florian Pirola può variare da € 60,00 a € 110,00 in base alla tipologia di visita e trattamento (tariffe dal 01/2018). Si precisa che il compenso non può essere condizionato all'esito o ai risultati dell'intervento professionale.
- 6) Il Professionista è assicurata/o con Polizza RC professionale sottoscritta con **ASSIMEDICI (Italiana Assicurazioni)**

**Dichiaro:**

- di aver ricevuto informazioni che mi hanno permesso di comprendere il trattamento propostomi, anche alla luce degli ulteriori chiarimenti da me richiesti.

- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza il trattamento proposto.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REG. UE 2016/679**

Gent.le Sig. \Sig.ra \_\_\_\_\_,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (di seguito GDPR), della normativa nazionale e dei Provvedimenti del Garante Privacy ed in relazione ai dati personali di cui il sottoscritto **Florian Pirola** entrerà in possesso, La informo di quanto segue:

### **1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E NATURA OBBLIGATORIA O FACOLTATIVA DEL CONSENSO**

I Suoi dati personali, anche sensibili ai sensi dell'art. 9 GDPR saranno trattati dal Titolare, tramite l'utilizzo di strumenti informatici e/o cartacei, per una o più delle finalità seguenti:

A) Finalità connesse e strumentali alla corretta e completa esecuzione del mio incarico professionale connesso a tutte le attività di valutazione e trattamento manipolativo osteopatico svolte a tutela della Sua salute. Il conferimento dei Suoi dati per queste finalità è facoltativo. Tuttavia il mancato conferimento del consenso comporterà l'impossibilità per il Titolare di erogare la prestazione richiesta. Potrà esprimere il proprio consenso, ai sensi dell'art. 6.1 e dell'art. 9.2 lett. a) GDPR sottoscrivendo l'apposito modulo rilasciato dal Titolare.

B) Finalità connesse all'espletamento di obblighi normativi e fiscali, quali a titolo esemplificativo il rispetto degli obblighi di legge/regolamento imposti dalla normativa comunitaria e/o nazionale, nonché di tutti gli adempimenti di carattere amministrativo e contabile collegati al pagamento delle prestazioni professionali erogate e/o alla gestione degli obblighi contrattuali con compagnie assicuratrici. Il conferimento dei dati per queste finalità non è soggetto al consenso conformemente a quanto previsto dall'art. 6.1 lett. b) e c) GDPR.

C) Finalità connesse ad analisi statistiche rientra in questa tipologia l'impiego dei Suoi dati, anche sensibili, previa loro anonimizzazione, per ricerche e studi condotti dal Titolare. Per queste finalità il conferimento dei Suoi dati è facoltativo ed è subordinato alla prestazione del Suo consenso tramite la sottoscrizione dell'apposito modulo rilasciato dal Titolare.

D) Finalità connesse all'invio di materiale informativo. Rientrano in questa tipologia l'invio di newsletter e/o di comunicazione periodiche via e-mail su attività e servizi del Titolare. Per queste finalità il conferimento dei Suoi dati è facoltativo ed è subordinato alla prestazione del Suo consenso tramite la sottoscrizione dell'apposito modulo rilasciato dal Titolare.

### **2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il trattamento dei dati è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art. 2 del Reg. UE. e attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e cartacei. Il trattamento dei dati è svolto dal Titolare e/o dagli incaricati del trattamento.

### **3. COMUNICAZIONE DEI DATI**

Previo Suo consenso, per il perseguimento delle finalità di cui al punto 1 A), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati personali e sensibili a familiari e/o a personale medico e, più in generale, sanitario da Lei indicato. Inoltre i Suoi dati potranno essere comunicati senza il suo consenso a: - soggetti eventualmente deputati alla gestione di pratiche di rimborso e/o di verifica delle prestazioni erogate; - enti previdenziali ed assistenziali, compagnie assicurative che, in qualità di titolari autonomi del trattamento offrono servizi di assistenza integrativa;

- forze di Polizia, autorità giudiziaria ed altri organismi di pubblica sicurezza.

### **4. DIFFUSIONE DEI DATI E TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO**

I Suoi dati personali: - non sono soggetti a diffusione e non sono trasferiti all'estero.

### **5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I Suoi dati di natura sensibile verranno conservati, per il periodo di tempo previsto dalla normativa comunitaria, da leggi, o da regolamenti e comunque, per un periodo non superiore a quello strettamente necessario per adempiere agli incarichi conferiti. I dati personali non sensibili e funzionali all'assolvimento di obblighi di legge saranno conservati anche successivamente al termine della prestazione professionale erogata in ottemperanza a detti obblighi, nel più rigoroso rispetto delle tempistiche di conservazione di cui alle norme di volta in volta applicabili, e comunque per un periodo non superiore a 10 anni.

---

**Studio Osteopatico Florian Pirola**  
via tolemeo 10, monza – 20900 - MB

**OrthoSpine**  
via marsala 3, monza – 20900 - MB

**Studio Medico Fisioterapico**  
via vigoni 12, milano – 20122 - MI

**Punto RAF – H. San Raffaele**  
via respighi 2, milano – 20122 - MI





## 6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessato al trattamento, Lei potrà far valere i propri diritti, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi al Titolare, oppure al Responsabile del trattamento, se indicato. Lei ha il diritto, in qualunque momento, di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento. Inoltre, ha il diritto di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei suoi dati (compresi i trattamenti automatizzati, es. la profilazione), nonché alla portabilità dei suoi dati. Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo e giurisdizionale, se ritiene che il trattamento dei dati che la riguardano violi quanto previsto dal Regolamento Europeo UE 2016/679, ai sensi dell'art. 15 lettera f) del suddetto Regolamento Europeo UE 2016/679, Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, con riferimento all'art. 6 paragrafo 1, lettera a) e art. 9, paragrafo 2, lettera a) del medesimo Regolamento, ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato. Nel caso di richiesta di portabilità del dato, il Titolare del trattamento Le fornirà in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali che la riguardano, fatti salvi i commi 3 e 4 dell'art. 20 del Reg. UE 2016/679.

## 7. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui sopra tramite: - e-mail all'indirizzo: [info@florianpirola.it](mailto:info@florianpirola.it) - telefono al numero: **+39.339.643.1912**.

## 8. TITOLARE, RESPONSABILI E INCARICATI

Il Titolare del trattamento è **Florian Pirola** con sede in Nova Milanese, via Rimbembranze, 7

Responsabile del trattamento è **Florian Pirola**. L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede del Titolare del trattamento.

## MODULO CONSENSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

acquisite le summenzionate informazioni fornitemi dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE, e consapevole, in particolare, che il trattamento potrà riguardare dati relativi alla salute, presto il mio consenso per il trattamento dei suddetti dati per le finalità di cui al punto 1, lett. A) dell'informativa.

Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di: prestare/non prestare il mio consenso per le finalità di cui al punto 2, lett. C) prestare/non prestare il mio consenso per le finalità di cui al punto 2, lett. D) prestare/non prestare il mio consenso alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a familiari e/o a personale medico e, più in generale, sanitario

Firma \_\_\_\_\_

Luogo, data \_\_\_\_\_

---

**Studio Osteopatico Florian Pirola**  
via tolemeo 10, monza – 20900 - MB

**OrthoSpine**  
via marsala 3, monza – 20900 - MB

**Studio Medico Fisioterapico**  
via vigoni 12, milano – 20122 - MI

**Punto RAF – H. San Raffaele**  
via respighi 2, milano – 20122 - MI

