

CONSENSO RIPRESE FILMATE

Gentile Signora, Egregio Signore,
al momento del ricovero/del trattamento ambulatoriale, Lei ha ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali (anche sensibili) del paziente di cui esercita la patria potestà/è tutore/è curatore, ed ha espresso il Suo consenso scritto al trattamento stesso.

Con la presente, La informiamo ulteriormente che in numerose occasioni è necessaria la rilevazione di immagini fotografiche o filmate. Queste sono necessarie, anche per motivi medico-legali a tutela del paziente, per monitorare l'evoluzione della patologia e della guarigione o per formulare una diagnosi corretta (ad es. per trattamenti ortodontici, patologie delle mucose orali, ecc.).

Tali immagini potranno essere proiettate durante corsi, congressi e manifestazioni a carattere scientifico; in ogni caso il paziente non sarà riconoscibile e le immagini saranno trattate in forma anonima.

Il Responsabile di tali trattamenti è il prof. Roberto Di Lenarda, Direttore della S.C. di Clinica Odontoiatrica e Stomatologica.

In mancanza del Suo consenso, il personale addetto non potrà riprendere il paziente, ma potrebbe non essere possibile procedere alle terapie indicate.

Il sottoscritto/a

COGNOME_____NOME_____NATO IL_____

esercente la patria potestà/tutore/curatore di (sottolineare)

COGNOME_____NOME_____

Acconsente alle riprese con telecamere o macchina fotografica:

A volto scoperto

A volto coperto (ove possibile)

Firma.....