

## CONSENSO RIPRESE FILMATE

Gentile Signora, Egregio Signore,

Al momento del ricovero/del trattamento ambulatoriale, Lei ha ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei Suoi dati personali (anche sensibili), 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 Sua tutela, per monitorare l'evoluzione della patologia e della guarigione o formulare una diagnosi corretta (ad es. per trattamenti ortodontici, patologie delle mucose orali, ecc.)

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

In Mancanza del Suo consenso, il personale addetto non potrà riprenderLa, ma potrebbe non essere possibile procedere alle terapie indicate,

Il sottoscritto/a

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_

Acconsente ad essere ripreso con telecamere o macchina fotografica:

A volto scoperto

A volto coperto ( ove possibile)

Firma .....