



**ASSOCIATED
DENTAL
SPECIALISTS**

BRESCIANO e PASQUALINI

SCHEDA ANAGRAFICA

Vi preghiamo di compilare le pagine seguenti nel modo più completo possibile
(è indispensabile per i dottori ed è assolutamente confidenziale)

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO e DATA di NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

PROFESSIONE _____

STATO CIVILE _____

Tel. abit. _____ Tel Uff. _____

Cell. _____

E-mail _____

MEDICO CURANTE (non dentista) _____

Suo recapito telefonico _____

Dott. Mario BRESCIANO

Odontoiatra
Specializzato in Protesi dentaria
University of Southern California

Prof. Damiano PASQUALINI

Odontoiatra
Professore Aggregato
Università di Torino

Dott.ssa Leila MAZAR-ATABAKI

Odontoiatra

Dott.ssa Silvia BRESCIANO

Igienista Dentale

Dott. Emiliano ZANABONI

Specializzato in Parodontologia
Queen Mary University, London

Via Barrili, 9
10134 - Torino
Tel. 011.318.49.38
Fax 011.318.49.60
Cell. 335 133 46 53

www.brescianoepasqualini.it
brescianoepasqualini@gmail.com

MODULO DI CONSENSO PER TRATTAMENTO DEI DATI (D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Attenzione: in caso di assistito di minore età, il modulo va compilato con i dati dello stesso, ma sottoscritto da uno dei genitori o da chi ne fa le veci.

Apponendo la firma in calce al presente modulo:

- dichiaro di aver letto e ricevuto in copia l'informativa contenente i diritti dell'interessato
- manifesto il mio consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e delle modalità ivi indicate, nei limiti in cui il mio consenso è richiesto ai fini della legge.

In particolare manifesto inoltre il mio consenso espresso per:

- l'acquisizione ed il trattamento dei dati di cui ai punti 1 e 2
- la comunicazione dei dati a terzi ed il trattamento ai sensi del punto 4

Data

Firma
