

# MODULO PRENOTAZIONE CURE TERMALI

Cognome	Nome	
Nato/a a	Prov	Il
Residente a	Prov	Via
Tel.	Cell	
E-mail		

## Prenota (compilare la scheda in ogni sua parte)

Giorno inizio cure	Giorno fine cure
--------------------	------------------

Cura	numero di cure (12 se in convenzione)	Orario indicativo	In convenzione	A pagamento
Fango + Bagno				
Bagno Termale				
Percorso Vascolare				
Inalazioni + Aerosol				
Ventilazioni Polmonari				
Massaggio Parziale 15 min				<input checked="" type="checkbox"/>
Massaggio Totale 30 min				<input checked="" type="checkbox"/>
Irrigazioni Vaginali				
Altre Cure				

In caso di cure convenzionate con il S.S.N. provvedere ad allegare copia della prescrizione medica. Vista l'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, le chiediamo di sottoscrivere il modulo di consenso sottostante.

**DICHIARO** di aver ricevuto l'informativa sulla protezione dei dati personali e di prestare libero, consapevole, informato e specifico **CONSENSO**, all'effettuazione dei trattamenti dei miei dati sanitari specificando che quest'ultimo condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e circoscritto all'effettuazione dei trattamenti dei dati personali sanitari e sensibili necessari all'effettuazione delle prestazioni da me richieste.

**DICHIARO** che il consenso esteso ai trattamenti dei dati relativi a prestazioni richieste in futuro collegate a quella oggetto del presente consenso.

Data

Firma