



LORENZATO
STUDIO DENTISTICO SPECIALISTICO

SCHEMA PRIMA VISITA

COGNOME : _____

NOME : _____

NATO/A : _____ IL : _____ PROV : _____

C.F : _____

INDIRIZZO : _____

CITTA' : _____

TEL : _____ CELL : _____

EMAIL : _____

PROFESSIONE : _____

INVIATO DA : _____

MOTIVO DELLA VISITA : _____

ULTIMA IGIENE E VISITA : _____

Queste informazioni sono raccolte nel rispetto dell'articolo 13 della legge n. 196/2003 Sulla tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Esprimo il mio consenso ed autorizzo il personale dello Studio al trattamento dei miei dati personali esclusivamente ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e ricerca, in questo ultimo caso resi assolutamente anonimi.

DATA : _____ FIRMA : _____