# CONSENSO E LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTOGRAFIE "PRIMA E DOPO" SUL SITO INTERNET DELLO STUDIO ODONTOIATRICO

*(ai sensi degli artt. 7, 9 e 13 del Regolamento UE 2016/679 " GDPR" – e degli artt. 96-97 della Legge 22 aprile 1941, n. 633, e dell'art. 10 del Codice Civile)*

**PARTE I – INFORMATIVA AL PAZIENTE AI SENSI DELL'ART. 13 GDPR**

**Titolare del trattamento.** Studio Odontoiatrico [denominazione completa] [indirizzo], [CAP Città] e-mail: [_____] | PEC: [_____] [ove nominato] Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): [_____].

**Natura dei dati trattati.** Le fotografie del cavo orale e/o del viso scattate prima e dopo i trattamenti odontoiatrici costituiscono **dati personali relativi alla salute**, rientranti nelle categorie particolari di dati, di cui all'art. 9 GDPR. Il loro trattamento è di norma vietato, salvo che l'interessato abbia prestato consenso esplicito per finalità specifiche.

**Finalità e base giuridica del trattamento.** Il trattamento oggetto del presente modulo ha **esclusivamente** finalità di comunicazione informativa a carattere non promozionale, mediante pubblicazione delle immagini sul sito internet [www._____]. La base giuridica è il consenso esplicito dell'interessato ai sensi dell'(art. 9 GDPR). **Tale consenso è del tutto distinto e autonomo rispetto al consenso prestato per le finalità di cura e per la tenuta della documentazione clinica**, che rimane regolato da separato documento.

**Durata della conservazione.** Le fotografie saranno conservate e pubblicate per la durata indicata nella Parte II del presente modulo. In caso di revoca del consenso, le immagini saranno rimosse senza ingiustificato ritardo.

**Natura del consenso.** Il conferimento del consenso è facoltativo. Un eventuale rifiuto od una successiva revoca non comportano alcuna conseguenza sull'erogazione della prestazione sanitaria né sulle condizioni economiche della stessa.

**Destinatari dei dati.** Le immagini saranno accessibili al pubblico degli utenti del sito internet [e/o dei profili social indicati]. Non saranno comunicate a terzi ulteriori, né trasferite fuori dallo Spazio Economico Europeo, salvo diversa indicazione: [_____].

**Diritti dell'interessato** L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento, in qualsiasi momento: — il **diritto di accesso** ai propri dati, incluse le fotografie che lo riguardano (art. 15 GDPR); — la **cancellazione** delle immagini ("diritto all'oblio"), in particolare quando revoca il consenso (art. 17 GDPR); — la **revoca del consenso** in qualsiasi momento, con la stessa facilità con cui è stato accordato, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca (art. 7 GDPR).

**Modalità del trattamento e destinatari.** Il trattamento è effettuato con strumenti informatici. Le immagini possono essere trattate (es. inquadratura, oscuramento parziale del volto, ecc.) prima della pubblicazione.

Per esercitare i diritti, il paziente può scrivere a: [e-mail / PEC del titolare].

Il paziente ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

**PARTE II – DICHIARAZIONE DI CONSENSO E LIBERATORIA**

**Il/La sottoscritto/a** *(dati del paziente)*

Nome e cognome: _____ Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____ Codice fiscale: _____ **con riferimento al trattamento/i odontoiatrico/i:** [descrizione del trattamento, es. "implantologia – mascellare superiore"] eseguito/i presso lo studio in data / nel periodo: _____

**DICHIARA**

- di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa privacy specifica relativa al trattamento delle immagini/video per finalità di pubblicazione delle stesse sul sito web dello Studio;
- che il presente consenso è stato richiesto ed espresso liberamente, senza che la mia adesione condizioni in alcun modo l'erogazione della prestazione sanitaria, i relativi tempi, costi o condizioni economiche;
- di essere informato che il presente consenso è distinto e autonomo rispetto al consenso informato prestato per l'esecuzione della prestazione sanitaria.

A) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR)

**Preso atto dell'informativa** contenuta nella Parte I del presente modulo, il/la sottoscritto/a **presta il proprio consenso esplicito**, ai sensi degli artt. 7 e 9, par. 2, lett. a), del Regolamento UE 2016/679 (art. 7 GDPR; art. 9 GDPR), al trattamento delle fotografie che lo/la ritraggono, scattate prima e dopo il trattamento sopra indicato, per le seguenti finalità:

☐ Pubblicazione sul sito internet dello studio: [www._____]

☐ Utilizzo in materiale cartaceo informativo dello studio

☐ Altro (specificare): _____

Pubblicazione di:

o Fotografie

Fasi riprese:

o Prima della prestazione

o Durante la prestazione

o Dopo la prestazione

Modalità di rappresentazione del volto/corpo

o Volto pienamente riconoscibile

o Volto parzialmente oscurato/ritagliato

o Solo area anatomica trattata, non riconducibile alla persona

Il consenso è **specifico** per le finalità e i canali indicati, **distinto** dal consenso prestato per le finalità di cura, ed è prestato **prima** della pubblicazione delle immagini. Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che il consenso è **revocabile in qualsiasi momento**, inviando comunicazione scritta al titolare del trattamento, e che il titolare provvederà alla rimozione delle immagini senza ingiustificato ritardo.

**Durata dell'autorizzazione:** ☐ a tempo indeterminato ☐ fino al _____

B) LIBERATORIA PER IL DIRITTO ALL'IMMAGINE (LEGGE 633/1941 – ART. 96)

Il/La sottoscritto/a, consapevole che il proprio ritratto non può essere esposto, riprodotto o messo in commercio senza il proprio consenso (art. 96 l. 633/1941), e che le eccezioni previste dall'art. 97 della medesima legge non si applicano al caso di specie (il/la sottoscritto/a non è persona notoria né ricorrono le altre fattispecie ivi elencate) (art. 97 l. 633/1941),

**autorizza espressamente** lo Studio Odontoiatrico [denominazione] a esporre, riprodurre e pubblicare le fotografie che lo/la ritraggono nei canali indicati nella Sezione A), alle condizioni ivi stabilite.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì che la presente autorizzazione non comporta alcuna cessione di diritti sull'immagine in favore dello studio, il quale acquisisce una **mera autorizzazione revocabile** alla pubblicazione delle fotografie. Lo studio non potrà pertanto utilizzare le immagini per finalità o canali diversi da quelli espressamente indicati.

C) DICHIARAZIONI INTEGRATIVE DEL PAZIENTE

Il/La sottoscritto/a dichiara:

1. di aver ricevuto e letto l'informativa contenuta nella Parte I del presente modulo prima di prestare il consenso, in conformità all'(art. 13 GDPR);

2. che le fotografie che lo/la ritraggono sono **autentiche** e rappresentano fedelmente i risultati del trattamento indicato, senza alterazioni ingannevoli;

3. di non sollevare obiezioni alla pubblicazione delle immagini nei canali sopra indicati, ferma la facoltà di revocare il presente consenso in qualsiasi momento;

4. di essere maggiorenne e capace di agire; [*in caso di minore: aggiungere firma e dati del rappresentante legale*]

5. di non essere, al momento della firma, in una condizione di dipendenza o subordinazione rispetto al professionista tale da pregiudicare la libertà del consenso (art. 7 GDPR).

6. Dichiaro che il presente consenso non è subordinato né direttamente, né indirettamente, alla corresponsione di sconti, agevolazioni economiche o altri vantaggi da parte della struttura/del professionista.

D) DICHIARAZIONI DELLO STUDIO

Lo Studio Odontoiatrico [denominazione] dichiara:

1. di utilizzare le immagini esclusivamente per le finalità e i canali indicati nella Sezione A), in modo veritiero, corretto e non ingannevole;

2. di provvedere alla **rimozione immediata** delle immagini in caso di revoca del consenso, senza ingiustificato ritardo (art. 17 GDPR);

3. di conservare il presente modulo sottoscritto quale prova del consenso prestato, ai sensi dell'(art. 7 GDPR);

4. di non cedere le immagini a terzi né di utilizzarle per finalità diverse da quelle indicate, fermo il diritto di accesso del paziente ai propri dati in qualsiasi momento (art. 15 GDPR).

FIRME

Luogo e data: _____

**Firma del paziente** (o del rappresentante legale, con indicazione della qualità):

_____

**Firma del titolare dello studio (o suo delegato):**

_____

*********

***Nota per lo studio — avvertenze pratiche***

*Il presente modulo deve essere conservato in formato cartaceo sottoscritto (o in formato digitale con firma elettronica qualificata) e tenuto separato dalla documentazione clinica. Non deve mai essere incorporato nel consenso informato al trattamento terapeutico, né firmato contestualmente ad esso in un unico documento, pena il rischio che il consenso non risulti "chiaramente distinguibile" e sia considerato invalido (art. 7 GDPR). Il consenso è revocabile in qualsiasi momento: si raccomanda di indicare in modo visibile sul sito web il recapito a cui inviare la revoca. La liberatoria non cede i diritti sull'immagine allo studio: il paziente conserva in ogni momento il diritto di accesso alle proprie fotografie ai sensi dell'(art. 15 GDPR).*