

**Sezione riservata al paziente**

**STUDIO DENTISTICO (nome e indirizzo)**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**AUTORIZZAZIONE DEL PAZIENTE**

Io **…………………………………………..** acconsento e autorizzo il mio dentista (come sopra specificato) a divulgare i dati relativi alla mia diagnosi, all'assistenza e al processo di trattamento (comprese le procedure chirurgiche) alla Foundation for Oral Rehabilitation (“FOR”) affinché li conservi in un database.

I dati possono avere tre formati (collettivamente i “Dati”):

* **Formato scritto**. Descrizione e spiegazione in forma scritta delle condizioni pertinenti il mio trattamento odontoiatrico, il trattamento seguito, inclusi i materiali utilizzati;
* **Fotografie.** Fotografie "prima" e "dopo" con primo piano del sorriso, ritratto completo o parziale del viso per mettere in luce l'area dentale in fase pre e post-trattamento;
* **Filmati video.** Filmati sotto forma di interviste e/o documentari.

Accetto e autorizzo inoltre FOR a:

* utilizzare i Dati per gli scopi che ho accettato di seguito (gli “Scopi accettati”);
* condividere i Dati con altri individui o organizzazioni quando questo sia necessario per soddisfare uno Scopo accettato.

**Selezioni le caselle seguenti se accetta che i Suoi Dati possano essere utilizzati per tale scopo.**

**SCOPI EDUCATIVI E DI RICERCA (che non mi identificheranno per nome)** tra cui:

* come caso di studio (in forma stampata o digitale) per educare la comunità odontoiatrica
* pubblicazione (in forma stampata o digitale) come caso di studio nella letteratura scientifica e odontoiatrica di tema affine
* per scopi di ricerca da parte della comunità odontoiatrica
* come caso di studio (in forma stampata o digitale) per educare potenziali pazienti in relazione al processo di trattamento

 **SCOPI DI COMUNICAZIONE (che possono utilizzare il nome o l'alias preferito sotto indicato) per promuovere FOR come risorsa didattica per la comunità odontoiatrica** tra cui:

* su siti Web dedicati a temi odontoiatrici
* su social media
* su canali digitali rivolti alla comunità odontoiatrica
* su riviste di odontoiatria (in forma stampata o digitale)
* in materiali per conferenze dedicate a temi odontoiatrici

**Accetto inoltre che FOR:**

* ritocchi e modifichi fotografie, immagini e filmati (collettivamente 'Immagini') contenuti nei Dati (in conformità con le norme di equo commercio per l'uso di Immagini); e
* faccia un numero illimitato di copie di tali Immagini e che le copie possano riprodurre integralmente o in parte tale immagine

**Comprendo che:**

* FOR conserverà i diritti di pubblicazione su queste immagini;
* FOR tratterà le mie informazioni personali nel rispetto della sua politica sulla privacy, disponibile alla pagina [www.for.org/en/privacy-policy](http://www.for.org/en/privacy-policy)
* Ho il diritto di accedere, richiedere di modificare o cancellare oppure ottenere copie delle mie informazioni personali nella misura consentita dalla legge applicabile;
* FOR utilizzerà appropriati controlli tecnici e organizzativi per conservare i Dati al sicuro;
* nell'uso dei Dati per uno Scopo accettato, FOR può trasferire le mie informazioni personali al di fuori del mio paese di residenza, dove le leggi sulla protezione dei dati possono essere differenti;
* se ho domande su come FOR gestisce le mie informazioni personali, posso contattare privacy@for.org per ottenere assistenza;
* non riceverò royalty, commissioni o altri compensi per l'uso dei Dati o delle Immagini; e
* posso revocare questa autorizzazione inviando una e-mail all'indirizzo privacy@for.org ma la revoca non influenzerà le azioni intraprese prima della data della revoca.

Nella misura concessa dalla legge applicabile, mi impegno a non avviare alcun procedimento legale, né richiedere alcun risarcimento danni a FOR o ai suoi licenziatari o cessionari per l'uso dei miei Dati o delle Immagini per uno Scopo accettato.

Dichiaro di aver letto attentamente e compreso a fondo il contenuto del presente modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati.

|  |
| --- |
| **Firma del paziente (o del genitore o del tutore)** |
| **Relazione con il paziente (se applicabile)** |
| **Data** |
| **Alias** |

**Una copia della presente Autorizzazione deve essere consegnata alla persona che ha firmato questo modulo**.