

## **CONSENSO / OPPOSIZIONE ALL'INVIO DEI DATI AL SISTEMA TESSERA SANITARIA (STS)**

Ai sensi del D.M. 31 luglio 2015, del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

### **DATI DEL PAZIENTE**

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

### **DATI DEL PROFESSIONISTA SANITARIO**

Nome e Cognome: Marta De Luca

Professione: Biologa nutrizionista

Partita IVA: 01677480293

### **DICHIARAZIONE DEL PAZIENTE**

Il/La sottoscritto/a, informato/a che i dati relativi alle spese sanitarie sostenute possono essere trasmessi al Sistema Tessera Sanitaria (STS) e successivamente utilizzati dall'Agenzia delle Entrate per la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata,

DICHIARA (barrare una sola opzione):

- DI PRESTARE IL CONSENSO all'invio dei dati relativi alle proprie spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, ai fini fiscali.
- DI OPPORSI all'invio dei dati relativi alle proprie spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, ai sensi del D.M. 31 luglio 2015. In tal caso, i dati non saranno trasmessi dal professionista al Sistema TS.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che, in caso di opposizione, le spese sanitarie non compariranno nella dichiarazione dei redditi precompilata.

FIRMA

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente: \_\_\_\_\_

Il presente modulo viene conservato dal professionista sanitario ai fini documentali e non viene trasmesso al Sistema Tessera Sanitaria.