**Modulo di consenso al trattamento per segnalazioni spontanee di Farmacovigilanza**

Spett.le

Bausch & Lomb-IOM S.p.A.

Viale Martesana, 12

20090 Vimodrone (Milano)

□ via posta □ via fax al no. 02 26510851 □ via e-mail [pharmacovigilance.italy@bausch.com](mailto:pharmacovigilance.italy@bausch.com)

**RISCONTRO DELL’INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto/la sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome e cognome) dichiara di aver ricevuto l’informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 in merito al trattamento dei propri dati personali e di

**□ acconsentire □ non acconsentire**

al trattamento dei propri dati personali, anche appartenenti a categorie particolari, da parte di Bausch & Lomb-IOM S.p.A. per finalità di farmacovigilanza, in particolare, per adempiere agli obblighi previsti dalla normativa italiana ed europea in materia di sicurezza ed efficacia dei medicinali, per fornire un riscontro, per eventuali contatti in caso di necessità e per rispondere a mie ulteriori richieste

**□ acconsentire □ non acconsentire**

alla comunicazione dei dati personali ai soggetti indicati nell’informativa in relazione alla segnalazione effettuata

**□ acconsentire □ non acconsentire**

al trasferimento dei dati personali forniti in paesi appartenenti all’Unione Europea

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma leggibile)

Il consenso di cui sopra è espresso:

□ per il sottoscritto

□ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare le generalità del minore o della persona incapace a prestare il consenso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(Firma leggibile)