



Lo scopo del seguente modulo di consenso è di fornire al paziente, in aggiunta al colloquio preoperatorio con il chirurgo, le informazioni riguardanti le caratteristiche ed i rischi connessi con all'intervento di **BRACHIOPLASTICA**.

La preghiamo pertanto di leggere attentamente quanto segue, di discutere con il chirurgo la spiegazione di ogni termine che non fosse chiaro e quindi di firmare questo documento come conferma di avere ben compreso le informazioni ricevute.

FINALITA'

L'intervento è volto alla correzione della rilassatezza cutanea ed eventualmente anche dei depositi adiposi delle braccia. Tali condizioni possono conseguire all'avanzare dell'età, a gravidanze, a cospicui e repentini cali ponderali od interventi di lipoaspirazione. Il "lifting delle braccia" detto brachioplastica è, quindi, un intervento chirurgico finalizzato a rimodellare l'arto superiore, dalla spalla al gomito, correggendo l'eccesso cutaneo dalla faccia interna e, riducendo, quando opportuno, l'eccesso adiposo (grasso), al fine di migliorare il profilo degli arti superiori, conferendo un aspetto di maggiore tonicità ed eliminando il fastidio che talora occorre a causa dello sfregamento della superficie interna delle braccia durante i movimenti. In molti casi prevede una prima fase di lipoaspirazione per ridurre la circonferenza delle braccia ed una successiva rimozione della pelle in eccesso. In caso d'inestetismo, rappresentato principalmente da accumulo adiposo, in presenza di modesto od assente eccesso cutaneo, può essere utilizzata la sola procedura di lipoaspirazione

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

L'intervento non deve essere eseguito in Pazienti gravide; in caso di dubbio, devono essere effettuate le indagini specifiche. Prima dell'intervento dovranno essere consegnati i referti delle analisi e degli esami pre-operatori prescritti ed il presente prospetto informativo firmato.

Dovranno essere segnalate eventuali terapie farmacologiche in atto (in particolare con cortisonici, contraccettivi, antiipertensivi, cardioattivi, anticoagulanti, ipoglicemizzanti, antibiotici, tranquillanti, sonniferi, eccitanti), terapie omeopatiche e fitoterapiche e segnalate possibili allergie ad antibiotici e farmaci in genere.

Un mese prima dell'intervento dovrà sospendere la terapia ormonale estroprogestinica ("pillola"), in modo da avere un mese con ciclo regolare senza assunzione di ormone, per diminuire i rischi di tromboembolia.

Almeno 2 settimane prima dell'intervento va evitata l'assunzione di medicinali contenenti acido acetilsalicilico (tipo Aspirina) e deve essere evitata la contemporanea assunzione di anticoagulanti orali e, comunque, il proseguimento di tali terapie deve essere concordata con il Medico Curante.

Per quanto riguarda la contemporanea assunzione di sostanze come eparina a basso peso molecolare, la sospensione o meno andrà adeguatamente discussa con il Chirurgo.

Almeno un mese prima è consigliato sospendere il fumo, che ha influenze decisamente negative sulla vascolarizzazione cutanea e del grasso. Il fumo limita il flusso del sangue alla pelle e può interferire con i processi di guarigione. Alcuni studi hanno dimostrato che l'incidenza delle complicazioni è di circa 10 volte maggiore nei fumatori.

Il giorno precedente l'intervento deve essere effettuato un accurato bagno di pulizia completo, depilare le ascelle e la regione toracica.



Prima dell'intervento deve essere osservato digiuno di almeno 8 ore da cibi solidi e bevande, se l'intervento è stato programmato in anestesia generale o di almeno 4 ore se è stato programmato in anestesia locale con o senza sedazione.

Il giorno dell'intervento è consigliato indossare indumenti con maniche comode e completamente apribile sul davanti.

ANESTESIA

L'intervento viene generalmente eseguito in anestesia locale assistita con sedazione (che consiste nell'infusione endovenosa di farmaci che inducono uno stato di profondo rilassamento), oppure in anestesia generale. È previsto un colloquio con un Medico Anestesista per le opportune informazioni.

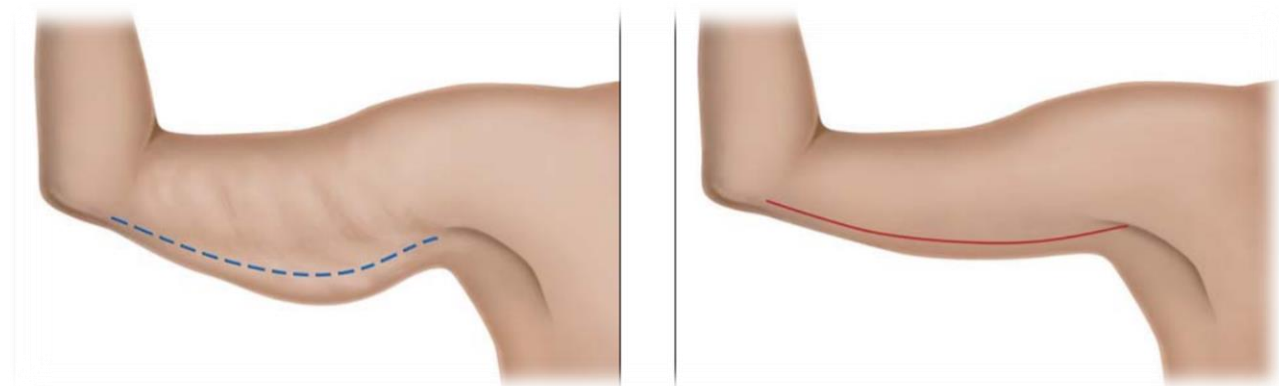
MODALITA' DELL' INTERVENTO

L'intervento può essere eseguito in regime di day surgery con ricovero solo diurno o con ricovero anche notturno.

Ha durata variabile fra le 2 e le 3 ore, a seconda dell'entità della riduzione e della normale variabilità dei tempi operatori.

L'intervento può iniziare con la riduzione mediante lipoaspirazione dell'eventuale eccesso adiposo. In presenza di un eccesso cutaneo modesto o assente, la sola lipoaspirazione può essere sufficiente a conseguire un risultato soddisfacente, in particolar modo nei casi in cui vi sia una cute elastica, dotata di una sufficiente capacità retrattile. Negli altri casi, caratterizzati da una marcata flaccidità tegumentaria o da una cute particolarmente anelastica, la semplice aspirazione del tessuto adiposo può determinare un peggioramento dell'aspetto grinzoso e senescente dell'arto superiore. In questi casi è necessario rimuovere la cute eccedente: nei casi meno complessi attraverso un'incisione posta nella piega del cavo ascellare; in tutti gli altri mediante un'incisione longitudinale in corrispondenza della faccia interna delle braccia di lunghezza variabile, estesa eventualmente sino al gomito, con conseguenti cicatrici poste sulla superficie postero mediale del braccio. Le suture vengono di norma e per quanto possibile eseguite con punti interni, per rendere meno evidenti le cicatrici; ogni accuratezza viene posta nell'esecuzione delle suture. Al termine dell'intervento può essere inserito un drenaggio per lato, che esce dalla pelle, generalmente in corrispondenza delle ascelle. Viene realizzata una medicazione o applicata una guaina o un bendaggio elastico. Come spesso accade in Chirurgia Plastica, si tratta di intervento complesso e non di uniformità routinaria, nel senso che la procedura non è completamente standardizzabile, bensì viene personalizzata sulla base delle caratteristiche individuali.

INCISIONI CUTANEE





DOPO L'INTERVENTO

Il dolore è di norma controllabile con i comuni analgesici. Dovrà essere evitato l'uso di farmaci contenenti acido acetilsalicilico che potrebbero provocare sanguinamenti e quindi la formazione di ematomi. Spesso il dolore coincide con la sensazione di tensione, ovviamente connaturata a questo tipo di intervento, in particolare sollevando le braccia, alla quale ci si abitua progressivamente fino a non avvertirla più dopo alcune settimane. L'insorgenza di un dolore forte e persistente e/o di un improvviso gonfiore potrebbe significare lo sviluppo di un ematoma (vedere complicazioni). In questo caso è necessario informarne tempestivamente il Chirurgo. Soprattutto durante i primi 7-10 giorni post-operatori possono presentarsi ecchimosi (lividi) ed un certo gonfiore (edema), non solo nell'area trattata, ma anche alle ascelle e al torace. Tale condizione non deve di per sé essere motivo di allarme per il Paziente. Essa ha di solito una breve durata e regredisce spontaneamente. In alcune aree potrà anche essere osservato un indurimento dei tessuti, che si risolve di norma nel giro di alcuni mesi. Ogni trattamento finalizzato ad accelerare la risoluzione del gonfiore e/o delle ecchimosi (linfodrenaggio, laserterapia, ecc.) deve essere concordato con il Chirurgo. I drenaggi, se presenti, vengono rimossi generalmente dopo 12-36 ore; le medicazioni possono essere lasciate in sede per qualche giorno. Un rialzo termico è spesso rilevato nei primi giorni post-operatori; non è necessariamente segno d'infezione, ma deve essere segnalato al Chirurgo. Per i primi 4-5 giorni post-operatori il Paziente dovrà proseguire l'assunzione di antibiotici, nel caso ciò sia stato prescritto dal Chirurgo. I punti di sutura verranno asportati 10-15 giorni dopo l'intervento. La prima doccia di pulizia completa potrà essere praticata dopo qualche giorno, previa autorizzazione da parte del Chirurgo. Una certa riduzione della sensibilità cutanea è quasi sempre presente. Quantunque la normale sensibilità tenda a riprendere gradatamente, una lieve ipoestesia (riduzione della sensibilità) può persistere per alcuni mesi.

Nell'immediato periodo post-operatorio il Paziente è in grado di muovere le braccia, ma è consigliabile riposare per almeno 3-4 giorni, senza sollevare i gomiti oltre l'altezza delle spalle; durante il riposo notturno è consigliato mantenere gli arti posizionati sopra un cuscino. Si potranno riprendere le attività leggere dopo circa una settimana, e la normale attività lavorativa dopo dieci giorni. La guida dell'auto è consentita dopo due settimane e l'attività fisica sportiva dopo un mese. È assolutamente consigliata l'astensione dal fumo per almeno un mese: il fumo ostacola i processi di guarigione delle ferite. Per lo stesso periodo è consigliabile evitare l'esposizione diretta al sole, a lampade abbronzanti e ad eccessive fonti di calore (ad esempio, sauna). Per quattro settimane è consigliabile indossare notte e giorno la guaina elasto-compressiva, se prescritta.

POSSIBILI COMPLICAZIONI

Qualsiasi procedura chirurgica, per quanto di modesta entità ed eseguita su Pazienti in buone condizioni generali, comporta la non prevedibile possibilità di complicazioni generali. Statisticamente si può affermare che in persone in buone condizioni generali, i cui esami clinici preoperatori non dimostrino alterazioni significative, l'insorgenza di complicazioni gravi o gravissime è rara. L'intervento può dare luogo a complicazioni sia anestesologiche (che verranno discusse durante il colloquio con il Medico Anestesista) che post-chirurgiche generali, nonché a complicazioni specifiche.

Fra le **COMPLICAZIONI DI CARATTERE GENERALE**, non legate solo a questo intervento ma possibili in ogni intervento chirurgico, sono da ricordare l'emorragia, l'infezione, l'ematoma, il sieroma, la deiscenza di parte delle suture e la tromboembolia.



- Un modesto sanguinamento della ferita rientra nella normalità. Se di entità importante (emorragia) può richiedere un re-intervento chirurgico.
- Le suture, anche se raramente, sono a rischio di contaminazione e quindi di infezione. Essa si manifesta con dolore, arrossamento della pelle e gonfiore accompagnati o meno da febbre e viene trattata generalmente con antibiotici, medicazioni locali e, solo raramente, richiede un intervento chirurgico. Può determinare perdita di tessuto e conseguenti cicatrici di scadente qualità. Le medicazioni frequenti nel post-operatorio, la profilassi antibiotica e un'accorta igiene personale sono i migliori presidi per evitare questo tipo di complicazione.
- La formazione di ematomi (raccolte di sangue in profondità) o sieromi (raccolte di siero) si può verificare nei giorni successivi all'intervento. L'ematoma si manifesta con l'insorgenza di repentini gonfiori o di forti dolori e può essere facilitato da aumenti della pressione arteriosa, causati da sforzi fisici intensi, compresa l'attività sessuale. Il sieroma si manifesta con una sintomatologia meno acuta e più tardiva. A volte possono richiedere l'aspirazione con siringa o l'evacuazione mediante riapertura di un tratto della ferita chirurgica.
- La riapertura spontanea della ferita (deiscenza) è più frequente in Pazienti diabetici e fumatori. Spesso guarisce spontaneamente con medicazioni; più raramente necessita di una nuova sutura. • Le flebiti e le tromboembolie sono assai rare dopo intervento di lifting delle braccia. Dovrà essere eseguita, quando il Chirurgo lo riterrà opportuno, una terapia per la prevenzione della tromboembolia da protrarre per qualche settimana. Tra le **COMPLICAZIONI SPECIFICHE** sono da segnalare:
 - Una complicazione rara, ma temibile, è la necrosi (morte) e successiva ulcerazione della pelle; essa può conseguire all'infezione, oppure ad una scarsa irrorazione sanguigna del lembo scollato durante l'intervento. Può guarire spontaneamente con medicazioni o richiedere un nuovo intervento chirurgico.
 - La necrosi di una parte del grasso delle braccia (liponecrosi, cioè morte delle cellule adipose) si può manifestare precocemente con la fuoriuscita di liquido oleoso dalla ferita chirurgica, ovvero a distanza di tempo con la possibile formazione di noduli fibrosi, indurimenti e calcificazioni e/o con un avvallamento della superficie, spesso asintomatici, solo raramente francamente fastidiosi. • Lesioni nervose. Nel corso dell'intervento è inevitabile recidere le più piccole terminazioni sensitive, di conseguenza la pelle risulterà insensibile per alcune settimane. Tale fenomeno rappresenta una conseguenza normale dell'intervento. La recisione di fibre nervose sensitive più grosse, evenienza assai più rara, potrà al contrario provocare un'anestesia molto più prolungata (6-12 mesi), talora permanente, e può estendersi all'avambraccio. • L'intervento di lifting delle braccia può comportare un'asimmetria del profilo corporeo, in particolare le due braccia possono non risultare speculari e simmetriche: alcuni fattori come il tono elastico della pelle, gli accumuli di grasso, le sporgenze ossee ed il tono muscolare possono contribuire ad una asimmetria fra i due lati.
 - Ondulazioni della cute sono discretamente frequenti, anche se in genere di modesta entità. Deve essere considerato che piccoli difetti o modeste asimmetrie rappresentano un'evenienza comune in questo intervento.
 - Linfedema. La sezione di vasi linfatici alla radice delle braccia può comportare in rari casi un gonfiore dell'arto inferiore, generalmente transitorio e solo raramente permanente.

CICATRICI ED ALTRE SEQUELE

Inevitabilmente l'intervento produce delle cicatrici cutanee, la cui estensione dipende dall'entità e sede della lassità cutanea e dalla quantità di tessuto adiposo e di cute asportati. Lifting delle



Dott. Leonardo Michele Ioppolo
Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Modulo informativo e consenso informato; intervento:
BRACHIOPLASTICA

braccia di modica entità comportano una cicatrice disposta nella piega del cavo ascellare, in genere ben occultabile. Nel caso di lifting più estesi la cicatrice si prolunga longitudinalmente sulla superficie postero-laterale del braccio e la sua lunghezza dipende dalla flaccidità cutanea pre-esistente, potendosi estendere in molti casi dall'ascella fino al gomito. Queste cicatrici possono risultare più o meno evidenti quando si sollevano le braccia sopra alla testa. Le cicatrici cutanee residue all'intervento, generalmente poco visibili, possono allargarsi col passare delle settimane sia per una predisposizione individuale sia per la tensione che si manifesta sulle cicatrici stesse, in relazione al tipo ed all'obiettivo dell'intervento (cicatrici diastate). In taluni casi, a causa di una eccessiva reattività cutanea, si possono sviluppare cicatrici arrossate e rilevate e perciò facilmente visibili, che durano anche diversi mesi (cicatrici ipertrofiche e cheloidi). Si tratta di un'evenienza non prevedibile, seppure di raro riscontro. Cicatrici non estetiche e di cattiva qualità possono essere corrette con un intervento in anestesia locale dopo aver atteso un congruo periodo di tempo (8-12 mesi dall'intervento). La sensibilità della pelle potrà rimanere alterata (ipoestesia, parestesie, formicolii) per un periodo anche di molti mesi o a volte permanentemente; tali alterazioni possono presentarsi in modo asimmetrico fra le due braccia

RISULTATI

Il risultato del lifting delle braccia è di norma soddisfacente, perché migliora esteticamente il profilo dell'arto e corregge, anche se non sempre in modo completo, le irregolarità dovute alla perdita dell'elasticità cutanea. L'effetto migliorativo risulta pienamente apprezzabile circa 3-6 mesi dopo l'intervento. Il risultato dell'intervento è permanente, nel senso che il tessuto asportato non si riforma. Peraltro, col passare degli anni, i normali processi di invecchiamento cutaneo porteranno inevitabilmente ad una perdita seppur parziale della originaria tensione di grado variabile da persona a persona. La qualità e la durata del risultato è pertanto individuale, in relazione a fattori costituzionali ed abitudini di vita. In caso l'eventuale relativa recidiva della lassità cutanea sia importante può rendersi opportuno, seppure raramente, un intervento correttivo.

Ricevo il presente consenso dopo averlo discusso e compreso con il Dott. Leonardo M. Ioppolo in data ____/____/____

FIRMA DEL PAZIENTE _____



CONSENSO INFORMATO A INTERVENTO DI BRACHIOPLASTICA

Io sottoscritto/a: nome _____ cognome _____ nato/a

a _____ il: _____ C.F. _____

residente a : _____ in via : _____

DICHIARO di aver letto il protocollo di consenso informato unito alla presente scheda.
L'intervento mi è stato dettagliatamente illustrato dal chirurgo (DOTT. IOPPOLO) e ritengo di averne compreso scopi e limiti.

In particolare so che:

Il/La sottoscritto/a è stato/a inoltre informato/a in modo chiaro e comprensibile circa tutti i rischi generici e specifici, anche se marginali, riguardanti sia la preparazione che l'esecuzione dell'intervento chirurgico, in quanto la legge prescrive che il paziente sia edotto preventivamente che ogni intervento chirurgico può comportare morte, embolia, lesioni nervose, infezioni locali e generalizzate, emorragie, necrosi tessutali.

All'intervento residueranno necessariamente delle cicatrici, per le quali potranno essere necessari ulteriori ritocchi chirurgici.

Nel periodo post-operatorio potrà essere avvertito alle zone trattate moderato dolore, che si attenuerà in un periodo variabile di pochi giorni fino a scomparire completamente a qualche settimana dall'intervento.

La sensibilità della pelle ed in particolare dei quadranti centrali potrà rimanere alterata per un periodo variabile, raramente in forma duratura.

È normale che si manifestino sulle regioni trattate delle ecchimosi destinate a scomparire.

In rari casi si possono verificare delle raccolte ematiche o sierose, necrosi cutanee e processi infettivi.

Sono consapevole che dopo l'intervento potrebbe non risultare una perfetta simmetria delle braccia e che per ottenerla potrebbero rendersi necessari ulteriori interventi chirurgici.

L'intervento di BRACHIOPLASTICA, come ogni intervento chirurgico, può essere soggetto a complicanze: in qualche caso si possono verificare raccolte ematiche, sierose, infezioni o necrosi tessutali che possono comportare un prolungamento del trattamento post-operatorio ed alterare altresì il risultato estetico.

Firma paziente: _____



Dott. Leonardo Michele Ioppolo
Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Modulo informativo e consenso informato; intervento:
BRACHIOPLASTICA

AUTORIZZO

Il dr. Leonardo Ioppolo ed i suoi collaboratori ad eseguire su di me l'intervento di

BRACHIOPLASTICA DESTRA Sinistra Bilaterale

L'intervento richiederà un anestesia Generale//Spinale//Locale+sedazione come meglio chiarito in fase di visita anestesiologicala.

L'incisione decisa con il medico sarà:

- incisioni da liposuzione
- incisioni all'ascella
- longitudinale lungo tutta la lunghezza del braccio nella sua faccia mediale o posteriore (e avambraccio ove necessario)

Considerazioni specifiche del caso:

AUTORIZZO

Il dr. Leonardo M. Ioppolo e i suoi collaboratori a modificare secondo scienza e coscienza e secondo le contingenti necessità le tecniche programmate, sia nel corso dell'intervento stesso che in periodo post-operatorio.

Accetto di sottopormi alle terapie mediche e fisiche che mi verranno prescritte nel periodo post-operatorio, essendo informato/a che, in caso contrario, potrei compromettere l'esito dell'intervento.

Poiché la chirurgia non è una scienza esatta, non può essere precisamente pronosticata a priori la percentuale di miglioramento del difetto da correggere e l'entità e la durata del risultato, così come la qualità delle cicatrici residue e l'eventuale costituzione di ematomi e sieromi, in quanto tali eventi dipendono non solo dalle tecniche chirurgiche impiegate ma ancor più dalle risposte dell'organismo. Tali complicazioni possono essere trattate e a tal fine acconsento a sottopormi alle cure del caso, eventualmente anche chirurgiche.

Acconsento ad essere fotografato/a prima, durante e dopo l'intervento, a scopo di documentazione clinica, che il chirurgo si impegna ad usare solo in contesto scientifico e con assoluta garanzia di anonimato.

Sono consapevole che in caso di complicazioni o effetti collaterali o risultati poco soddisfacenti conseguenti all'intervento dovrò informarne con sollecitudine il Dott. Leonardo Ioppolo che metterà in atto un tempestivo e adeguato trattamento secondo le buone regole della Medicina. Qualora non informassi il Dott. Leonardo Ioppolo sono consapevole che egli si riterrà sollevato da ogni responsabilità sull'evoluzione del mio caso e non si riterrà responsabile di correzioni o consigli forniti da altri medici.

DATA DEL CONSENSO: _____ / _____ / _____

FIRMA DEL CHIRURGO CHE ACQUISISCE IL CONSENSO

Dr. Leonardo M. Ioppolo
Omceo me9526

FIRMA PAZIENTE

7/9

Firma paziente: _____



Dott. Leonardo Michele Ioppolo
Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Modulo informativo e consenso informato; intervento:
BRACHIOPLASTICA

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili delle mie immagini e rinuncia ai diritti di immagine ed ai relativi compensi

La legge stabilisce che la persona abbia diritto a ricevere le informazioni circa la finalità e la modalità di trattamento dei suoi dati personali e che l'interessato presti il proprio consenso espresso per iscritto. Il trattamento dei dati, per i quali viene chiesto il consenso, si rende necessario per assolvere agli obblighi di legge e per le seguenti finalità:

- inserimento dei dati su supporto informatico e cartaceo da parte del Dottor Leonardo Michele Ioppolo per la gestione dell'archivio
- utilizzo dei dati, ivi comprese le immagini, per le finalità professionali del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e per le attività e servizi da esso svolti

Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Dott. Leonardo Michele Ioppolo.

Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo, residente a Messina in via Consolare valeria n.50

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo
Il Responsabile del trattamento è il Dottor Leonardo Michele Ioppolo.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari per gli adempimenti previsti per legge e per l'informazione integrale sui servizi medico chirurgico offerti e per l'espletamento del progetto di riproduzione, elaborazione, trasformazione, e duplicazione dell'immagine del sottoscritto, in qualunque formato e con qualunque mezzo, per l'attivazione del servizio informativo tramite web e opuscoli cartacei.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previa il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Sua libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

La dott.ssa Leonardo Michele Ioppolo non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata all'indirizzo e-mail leonardoioppolo@gmail.com o tramite servizio postale presso l'indirizzo della sede legale.

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

DICHIARO

Di conoscere: il nominativo e la sede del titolare del trattamento, nonché l'identità del responsabile; i diritti di cui all'art. 13; le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; i dati il cui conferimento ha natura obbligatoria; i dati il cui conferimento ha natura facoltativa, e le conseguenze di un eventuale rifiuto; i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei medesimi; le finalità del trattamento, comprese quelle di promozione ed informazione commerciale.

Firma paziente: _____



Dott. Leonardo Michele Ioppolo
Specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Modulo informativo e consenso informato; intervento:
BRACHIOPLASTICA

Per espressa ricevuta dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e per l'attestazione di averne ben compreso il contenuto e di aver avuto modo e tempo di porre ogni quesito al Dottor Leonardo Michele Ioppolo circa il trattamento e la conservazione dei miei dati, anche sensibili, e dei miei relativi diritti.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali A enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

esprimo il consenso NON esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali così come indicati nell'informativa che precede.

Data _____

Il sottoscritto _____

Diritti d'immagine

Io sottoscritto mi impegno sin d'ora a non sollevare eccezioni contro la pubblicazione di fotografie, riprese o riproduzioni grafiche sia digitali che cartacee, in seno a siti internet, manifestazioni organizzate dal Dottor Leonardo Michele Ioppolo o da suoi partner promo-pubblicitari. L'utilizzo della mia immagine a trasmissioni, manifestazioni, pubblicazione di articoli, interviste, fotografie, riprese video, riproduzioni di qualsivoglia genere, inserimento in canali web non darà diritto ad alcun compenso.

Il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è autorizzato ad utilizzare le mie fotografie per gli scopi che riterrà più opportuni nell'ambito della propria attività professionale:

- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di utilizzare, in qualunque forma e modo, in Italia e all'estero, le mie immagini, sia in forma digitale che mediante qualsivoglia riproduzione senza limitazioni di vincolo, per tutti i fini, anche se solo connessi all'attività svolta.
- che il materiale fornito potrà essere inserito nei canali web di titolarità del Dottor Leonardo Michele Ioppolo e in ogni supporto cartaceo, quali opuscoli, rivista ecc.
- che il Dottor Leonardo Michele Ioppolo è libero di effettuare elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini, in qualunque formato e con qualunque mezzo;
- che per le elaborazioni, trasformazioni, e duplicazioni delle mie immagini e della sua prestazione, in qualunque formato e con qualunque mezzo, che sarà comunque facoltà del Dottor

Leonardo Michele Ioppolo utilizzare, e per tutto quanto fin qui convenuto, nonché per quanto eventualmente spettante in virtù delle disposizioni in materia di diritto d'autore, in vigore tempo per tempo, rinuncia alla corresponsione di qualsivoglia compenso e/o rimborso spese.

Data _____

Il sottoscritto _____