

Modulo di consenso

Registrazione e trascrizione della consultazione (Clinovus AI Listener)
Versione 1.1 del 05.10.2026 · Italiano

Identificazione della consultazione

Data della consultazione:	_____
Medico (Titolare del trattamento):	Dott./Dott.ssa _____
Studio medico / Indirizzo:	_____

Dichiarazione di consenso

Il/La sottoscritto/a paziente **acconsente espressamente** alla registrazione audio della consultazione medica sopra identificata, nonché alla sua trascrizione automatica tramite lo strumento **Clinovus AI Listener**, fornito da **Plancherel Solutions** (ditta individuale svizzera) per conto del medico (Titolare del trattamento).

Finalità della registrazione

La registrazione è effettuata **al solo scopo** di assistere il medico nella redazione della documentazione clinica (note SOAP, anamnesi, referti), che il medico verifica e valida. Non è destinata a essere ascoltata da terzi né utilizzata per altri scopi; non è mai utilizzata per addestrare modelli di intelligenza artificiale.

Conservazione e cancellazione

L'audio della consultazione è conservato in forma cifrata su server in Svizzera e **cancellato automaticamente 30 giorni dopo la registrazione**; le copie di sicurezza cifrate scadono entro ulteriori 30 giorni. La trascrizione e i documenti redatti dal medico restano nella documentazione tenuta dal Suo medico, secondo le sue pratiche abituali. **Nessun dato lascia la Svizzera.**

Diritto di revoca

Lei può **revocare in qualsiasi momento** il presente consenso, senza fornire motivazioni. La revoca non incide sulla legittimità del trattamento effettuato prima della revoca stessa. Per esercitarla, comunichi al Suo medico la Sua decisione.

Basi giuridiche

- Il presente consenso è raccolto ai sensi:
- dell'**art. 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)** — consenso esplicito al trattamento di categorie particolari di dati personali (dati sanitari);
 - del **D.Lgs. 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018** (Codice Privacy italiano);
 - dei **Provvedimenti del Garante** in materia di dati sanitari.

IL PAZIENTE	IL MEDICO (Titolare)
Nome e cognome: _____	Nome e cognome: _____
Data: _____ Luogo: _____	Data: _____ Luogo: _____
Firma: _____	Firma: _____

Consent form

Recording and transcription of the medical consultation (Clinovus AI Listener)
Version 1.1 of 05.10.2026 · English

Consultation identification

Date of consultation: _____

Physician (Data Controller): Dr. _____

Medical practice / Address: _____

Declaration of consent

The undersigned patient **expressly consents** to the audio recording of the medical consultation identified above, and to its automatic transcription using the **Clinovus AI Listener** tool, provided by **Plancherel Solutions** (Swiss sole proprietorship) on behalf of the physician (Data Controller).

Purpose of recording

The recording is made **solely** to assist the physician in drafting the medical documentation (SOAP notes, histories, reports), which the physician checks and validates. It is not intended to be heard by third parties nor used for other purposes; it is never used to train artificial intelligence models.

Retention and deletion

The consultation audio is stored encrypted on servers in Switzerland and **automatically deleted 30 days after recording**; encrypted backup copies expire within a further 30 days. The transcript and the documents drafted by the physician remain in the documentation kept by your physician, according to their usual practice. **No data leaves Switzerland.**

Right to withdraw

You may **withdraw this consent at any time** without giving reasons. Withdrawal does not affect the lawfulness of processing carried out before it. To withdraw, inform your physician of your decision.

Legal basis

This consent is collected pursuant to:

- **Article 9(2)(a) of Regulation (EU) 2016/679 (GDPR)** — explicit consent for the processing of special categories of personal data (health data);
- the **Italian Privacy Code** (Legislative Decree 196/2003 as amended by Legislative Decree 101/2018);
- the **Provvedimenti del Garante** on health data processing.

THE PATIENT	THE PHYSICIAN (Controller)
Full name: _____	Full name: _____
Date: _____ Place: _____	Date: _____ Place: _____
Signature: _____	Signature: _____