

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____ codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____ in via (indirizzo) _____

Email: _____ Tel. / Cell.: _____

per se e/o nella qualità di

Tutore / Amministratore di sostegno / Esercente la potestà genitoriale / altro _____

di (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il ___ / ___ / _____ codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____ in via (indirizzo) _____

- letta l'informativa ai pazienti EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO GENERALE N. 2016/679/UE (GDPR)

dichiaro di aver compreso il loro contenuto e presto liberamente e consapevolmente il mio consenso al trattamento dei miei DATI PERSONALI secondo le seguenti indicazioni (**barrare la scelta**).

CONSENSO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera B) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa ai pazienti (DOSSIER SANITARIO)

SI NO

- Acconsento all'inserimento nel DOSSIER SANITARIO di eventi pregressi

SI NO

- Acconsento all'inserimento nel DOSSIER SANITARIO anche di informazioni sottoposte a maggior tutela da parte dell'ordinamento (come ad esempio informazioni relative ad atti di violenza sessuale o pedofilia, all'infezione da HIV o all'uso di alcool o di stupefacenti)

SI NO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera C) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa ai pazienti (MARKETING)

SI NO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera D) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa ai pazienti (REFERTI ON LINE)

SI NO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera E) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa ai pazienti (FIRMA GRAFOMETRICA)

SI NO

Autorizzo / Non autorizzo il Titolare del trattamento a comunicare le informazioni relative al mio stato di salute, oltre che alle categorie indicate nell'informativa, anche ai miei familiari e/o seguenti soggetti

COGNOME	NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RECAPITI

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa sulle modalità di trattamento dei miei dati personali e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento

Data ___ / ___ / ___

Firma _____