

**MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI – Reg. UE 2016/679**

La/il sottoscritta/o (ospite) \_\_\_\_\_ quale interessato  
(maggiorenne e capace di intendere e volere)

*oppure*

Il Sig./ra \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

**in qualità di**

- Tutore       Amministratore di sostegno       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Letta l'informativa sul trattamento dei dati che precede

**DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA**

al trattamento dei dati personali, sia comuni sia particolari, per la **finalità a)** indicata nell'informativa sul trattamento dai dati (ossia degenza presso la struttura sanitaria assistenziale e/o di trattamento sanitario e adempimento obblighi contrattuali e di legge e attività amministrativo-contabili in genere).

**Luogo e data**

**Firma per presa visione al trattamento  
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

**ESPRIME IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, per la **finalità b)** indicata nell'informativa sul trattamento dei dati e autorizza a comunicare lo stato di salute dell'interessato alle persone sotto indicate.

Comunicare il mio stato di salute a:

(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_ (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ ;  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_ (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ ;  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_ (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ ;  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_ (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ ;  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_ (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ ;  
(nome e cognome) \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_ (recapito telefonico) \_\_\_\_\_ ;

**Luogo e data**

**Firma per presa visione al trattamento  
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

**ESPRIME IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, per la **finalità c)** indicata nell'informativa sul trattamento dei dati (ossia: istituzione di un Dossier Sanitario).

**Luogo e data**

**Firma per presa visione al trattamento  
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

SGDP.06.MO data di emissione: 06/18 Rev. 1

### ESPRIME IL CONSENSO

all'inserimento all'interno del Dossier Sanitario di Informazioni relative ad eventi sanitari pregressi all'istituzione del Dossier Sanitario.

**Luogo e data**

---

**Firma per presa visione al trattamento  
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

---

### ESPRIME IL CONSENSO

all'inserimento all'interno del Dossier Sanitario dei dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato, ossia delle informazioni relative a prestazioni sanitarie offerte a soggetti nei cui confronti l'ordinamento vigente ha posto specifiche disposizioni a tutela della riservatezza e dignità personale (ad es. sieropositività, uso di sostanze stupefacenti, uso di sostanze psicotrope, uso di alcool, interruzione volontaria della gravidanza, parto in anonimato, vittime di atti di violenza sessuale o di pedofilia, prestazioni rese da parte dei consultori familiari).

**Luogo e data**

---

**Firma per presa visione al trattamento  
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

---

### ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, per la **finalità d)** indicata sul trattamento dei dati (ossia: diffusione dati personali mediante pubblicazione di immagini e/o video su siti internet a dominio e canali di comunicazione di massa).

**Luogo e data**

---

**Firma per presa visione al trattamento  
dell'interessato o di chi ne fa le veci**

---