

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

La/il sottoscritta/o (utente) _____ 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 cure domiciliari e/o di trattamento socio- 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: 04/24 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**
