



MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____, nato a _____, il
_____, residente a _____, via
_____, tel. _____

in qualità di interessato.

letta l'informativa ai pazienti EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO GENERALE N. 2016/679/UE (GDPR), consegnata contestualmente al presente modulo, dichiaro di aver compreso il loro contenuto e presto liberamente e consapevolmente il mio consenso al trattamento dei DATI PERSONALI secondo le seguenti indicazioni.

CONSENSO

- Acconsento al Trattamento dei 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)
☐ Acconsento ☐ Non acconsento
- Acconsento all'inserimento nel dossier sanitario di eventi pregressi
☐ Acconsento ☐ Non acconsento
- 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)
☐ Acconsento ☐ Non acconsento
- Acconsento al Trattamento dei 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) — comprese comunicazioni tramite email, SMS, telefono e newsletter. Il consenso è facoltativo, non pregiudica l'erogazione delle prestazioni sanitarie ed è revocabile in qualsiasi momento.
☐ Acconsento ☐ Non acconsento
- Acconsento al Trattamento dei 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)
☐ Acconsento ☐ Non acconsento
- Acconsento al Trattamento dei 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)
☐ Acconsento ☐ Non acconsento
- Acconsento al Trattamento dei dati personali e particolari per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), per le finalità di cui alla lettera F) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa ai pazienti (FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE 2.0), ai sensi dell'art. 12 del D.L. 179/2012 (conv. L. 221/2012), come modificato dal D.L. 34/2020, dal D.L. 4/2022 e dal Decreto Ministeriale 7 settembre 2023.
☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Autorizzo il Titolare del trattamento a comunicare le informazioni relative allo stato di salute, oltre che alle categorie indicate nell'informativa, anche ai seguenti soggetti

COGNOME: _____ NOME: _____ DATA E LUOGO DI NASCITA: _____ RECAPITI: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ DATA E LUOGO DI NASCITA: _____ RECAPITI: _____

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

Data: _____

Firma _____