

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Sottoscritto		
Nato il	a	Prov

Il Sottoscritto	
Nato il _____	a _____ Prov _____
<u>in qualità di:</u>	
o legale rappresentante	
o familiare	
o prossimo congiunto	
o convivente	
o genitore esercente la potestà genitoriale congiunta o in rappresentanza di entrambi i genitori	
o genitore esercente la potestà genitoriale esclusiva	
DEL SIGNOR/A_____	

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 16/679 attraverso consegna di informativa (Mod. GDPR_INFORMATIVA 07 privacy utenti)

- ☐ autorizza la comunicazione dei dati personali ai soggetti indicati nell'informativa per tutti i fini ivi indicati;
- ☐ presta il suo consenso alla gestione informatizzata della documentazione sanitaria mediante dossier sanitario autorizzandone nel contempo l'Integrazione, l'accesso e la consultazione al personale medico, infermieristico e assistenziale (per le rispettive competenze) che opera nell'ente.
- ☐ autorizza l'inserimento nel dossier sanitario di eventuali informazioni soggette a maggior tutela C.d. dati super sensibili (relativi ad atti di violenza sessuale; infezioni da HIV; uso di sostanze stupefacenti o psicotrope; prestazioni di interruzione di gravidanza)
- ☐ autorizza all'utilizzo del seguente recapito di posta elettronica (e-mail) quale strumento per ricevere informazioni di natura sanitaria e/o referti

E-Mail

[illegible]

L'interessato o il suo legale rappresentante.

L'interessato autorizza il titolare del trattamento a poter comunicare i propri dati relativi allo stato di salute, ai soggetti di seguito indicati:

Verona li, _____

Firma _____