

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro

- lo sottoscritto (nome e cognome paziente)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via

Io sottoscritto in qualità di Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale Legale

di

(nome e cognome)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via

Ricevuta l'informativa di cui agli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura, nell'ambito del dossier sanitario;
4. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda.

Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e manifesto liberamente e consapevolmente la mia volontà al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO

SEZIONE A – CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

A1) CON RIFERIMENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PRODOTTI DA ORA IN POI (PER PRESTAZIONI ED EVENTI CLINICI PRESENTI E FUTURI)

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

A2) CON RIFERIMENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DEI DATI SANITARI PRECEDENTI (RELATIVI A PRESTAZIONI OD EVENTI CLINICI PREGRESSI)

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

A3) CON RIFERIMENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DEI DATI SANITARI RIGUARDANTI EVENTUALI PRESTAZIONI PARTICOLARI (CONNESSE AD ATTI DI VIOLENZA SESSUALE O DI PEDOFILIA, SIEROPOSITIVITA' HIV, USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI-PSICOTROPE-ALCOOL, INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA, PARTO IN ANONIMATO, SERVIZI SVOLTI DA CONSULTORI)

PRESTO IL CONSENSO PRESTO IL CONSENSO SOLO NEL REPARTO/AMBULATORIO DI CURA NON PRESTO IL CONSENSO

SEZIONE B - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE

(con l'obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)

B1) CON RIFERIMENTO ALL'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI E SANITARI OGGETTO DEL TRATTAMENTO, COMPRESSE LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE O FILMATE RELATIVE AGLI INTERVENTI CHIRURGICI E/O ALLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE OGGETTO DEL TRATTAMENTO, RESI ANONIMI, PER SCOPI DI RICERCA SCIENTIFICA E STATISTICA IN CAMPO MEDICO, BIOMEDICO O EPIDEMIOLOGICO

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età. In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)

Roma / / 20....

Firma

Firma estesa e leggibile (1)

(1) Il modulo può essere compilato e sottoscritto dal paziente o direttamente dal medico che raccoglie la dichiarazione di consenso del paziente e che sottoscrive il modulo per relativa attestazione ai sensi DEL Regolamento (UE) 2016/679 E dell'art. 81 del d.lgs. n. 196/2003 – Codice Privacy. Il consenso può essere rilasciato:
 - nel caso di paziente minorenne, dalli genitore/i (esercente/i la responsabilità genitoriale). Nel caso in cui il consenso venga espresso da uno solo dei genitori, questi dovrà produrre autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 attestante anche il consenso dell'altro genitore;
 - nei casi di emergenze sanitarie, da un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora il paziente, previa autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000