

| | | |
|--|--|---|
| <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valle Olona</p> | <p>MODULO</p> <p>Modulo AMBULATORIALE per il consenso al trattamento dei dati personali e sanitari</p> | <p>Cod. MOD14POL02</p> <p>Data 20.11.2020 Rev. 03 Pagina 1 di 1</p> |
|--|--|---|

Consenso al trattamento dei dati personali e sanitari

ASSISTITO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____

GENITORE/TUTORE/ACCOMPAGNATORE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____

munito della documentazione attestante lo status dichiarato come da TAB08POL02 pubblicata sul sito aziendale www.asst-valleolona.it -sezione “privacy”,

dettagliatamente **informato** sui contenuti del Regolamento UE n.679/2016 e del Codice della Privacy, ed in particolare, avuta conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati “personali” e dei dati “relativi alla salute” di cui all’art. 4 comma 1 e 15 del Regolamento UE

AUTORIZZA

il personale medico, sanitario, professionale tecnico ed amministrativo dell’ASST, ciascuno per le proprie competenze, per fini di prevenzione, diagnosi, cura, terapia e assistenza, anche domiciliare, per la continuità del percorso di cura, nonché per fini amministrativi e di certificazione, al trattamento dei propri dati personali e sanitari come segue:

- | Autorizza | Non autorizza | |
|-------------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consenso alla creazione del Dossier Sanitario |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consenso al trattamento dei dati |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consenso alla comunicazione a terzi |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consenso al trattamento dei dati per statistica e ricerca scientifica anche mediante sondaggi telefonici |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consenso per informazioni in remoto sui dati personali e di salute: telefono.....mail..... |

Documento di Identità.....del sig.

Il modulo del consenso è archiviato presso:

Data

Firma dell’intestatario

(o di chi detiene la responsabilità in caso di minori, inabili e incapaci)