|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Modulo AMBULATORIALE****per il consenso al trattamento dei dati personali e sanitari** |  |

**ASSISTITO**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**GENITORE / TUTORE / ACCOMPAGNATORE / DELEGATO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

munito della documentazione attestante lo status dichiarato, come anche richiesto sul sito aziendale [www.asst-valleolona.it](http://www.asst-valleolona.it) - sezione “Privacy”-Modulo “Documenti per certificazione sostitutiva in presenza di minori e incapaci”, dettagliatamente **informato** sui contenuti del Reg. 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 Reg. UE

**AUTORIZZA**

il personale medico, sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo dell’ASST, ciascuno per le proprie competenze, **per fini di assistenza ospedaliera e territoriale** in ogni sua forma (prevenzione e promozione della salute, diagnosi, cura, terapia e assistenza, anche domiciliare, continuità di cura, sussidi) e **per fini amministrativi** e di certificazione, al trattamento dei propri dati personali e sanitari come segue:

**AUTORIZZA** **NON AUTORIZZA**

 🞎 🞎 Consenso alla creazione del Dossier Sanitario

 🞎 🞎 Consenso alla consultazione del Fasciolo Sanitario Elettronico

 🞎 🞎 Consenso al trattamento dei dati mediante app mediche

 🞎 🞎 Consenso alla consegna dei referti on line

 🞎 🞎 Consenso ai servizi digitali

 🞎 🞎 Consenso ai sondaggi anche telefonici per fini di statistica e ricerca

 🞎 🞎 Consenso per informazioni in remoto sui dati personali e di salute come segue

Per le finalità di cui sopra i dati di contatto da utilizzare sono i seguenti:

telefono ………………..………. mail/PEC………………….…………..…………………………………………....

Documento di identità…………………………………..del Sig./Sig.ra …………………….……………………….

Il modulo del consenso è archiviato presso:

Data **Firma dell’intestatario**

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

**Firma leggibile dell’operatore che compila il modulo …………………………………………………………….**