



**CURE DOMICILIARI DI BASE E INTEGRATE:
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Artt. 7 Regolamento UE 679/2016)**

MOD. 15

Il sottoscritto _____ Nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

C.F.: _____

In qualità di diretto interessato o esercente la potestà genitoriale / la tutela / la curatela / l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta,

(nome e cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 679/2016) che riguardano "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",

AUTORIZZA

- Il trattamento di tali dati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi, contabili e fiscali; SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- Nel caso di prestazioni che richiedano una pluralità di accessi presso le strutture sanitarie della ASL Avellino, a considerare valida la sottoscritta manifestazione di consenso, per ogni ulteriore accesso, sino ad eventuale revoca, rettifica da parte del firmatario o scadenza dei tempi di conservazione del consenso prestato;

SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:

a nessuno

al proprio medico curante _____

a _____

SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

- che tali dati potranno essere trattati in forma anonima per ricerca scientifica o a fini statistici secondo quanto previsto dall'art. 5.1 lett. b) del Regolamento;

SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)

Firma dell'Interessato: _____

Documento di riconoscimento tipo _____ n. _____

Rilasciato da _____ Data _____

ovvero

Data _____ Firma _____ Doc. n _____

(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

ovvero

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra
non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (*in stampatello*):

.....

n° documento identità.....rilasciato da

il..... C.F.....

Familiare (indicare il rapporto di parentela)

Convivente

Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sensibili sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Data Firma del dichiarante