



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DI MINORENNE DI ETA' INFERIORE A 16 ANNI E TRATTAMENTO DATI CLINICI

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

Preso visione dei contenuti dell'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), ai sensi e per gli effetti dell'art.8 del Regolamento (UE) 2016/679

In qualità di Genitore/Tutore/Esercente la potestà del minore

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

ACCONSENTE

SI

NO

alla comunicazione dei dati personali del Minore e relativi allo stato di salute del medesimo a:

cognome

indirizzo

telefono

- o Familiare _____
- o Medico Curante _____
- o Altro _____

ACCONSENTE

inoltre, a che i dati clinici relativi al Minore, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto di trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epimediologica, formazione e studio di patologie.

SI

NO

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma dell'Incaricato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)
