



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DI PERSONA INCAPACE O IMPOSSIBILITATA E TRATTAMENTO DATI CLINICI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Presa 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 Amministratore di sostegno/Tutore/Familiare della/del Signora/Signore

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**ACCONSENTE** SI NO

alla comunicazione dei dati personali dell'Assistito /a e relativi al suo stato di salute a:

	cognome	indirizzo	telefono
<input type="radio"/> Familiare	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medico Curante	_____	_____	_____
<input type="radio"/> 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)  
\_\_\_\_\_