



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DI PERSONA INCAPACE O IMPOSSIBILITÀ 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

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)
