

 www.aslteramo.it	Regione Abruzzo Informativa/Consenso UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK MANAGEMENT ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3.2 Data Emissione: 10.05.2022
GDPR		

CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto _____ nato _____ i _____/_____/_____, residente a _____ in via _____ C.F. _____, in qualità di diretto interessato o esercente la responsabilità genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario servizio richiesto,

(Nome e Cognome)

acquisite le informazioni di cui all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, consapevole che il trattamento riguarderà dati personali e particolari categorie di dati personali (rispettivamente artt. 4.1 e 9 del Reg. UE 2016/679) 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 personali per fini di ricontatto paziente per eventuali comunicazioni a mezzo SMS – telefono al numero: _____
 SI NO REVOCA (se precedentemente prestato)
- Il trattamento di tali dati personali per fini di ricontatto, comunicazioni al paziente a mezzo email non cifrata all'indirizzo: _____@_____
 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)

Firma dell'Interessato (anche per presa visione dell'informativa estesa) _____	
Data _____	Documento di riconoscimento tipo _____
n. _____	rilasciato da _____ Data ____/____/____