

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Art. 9, paragrafo 2 lett. a) Regolamento UE 679/2016

DA RESTITUIRE COMPILATO ALL'AZIENDA SANITARIA

Da parte di persona fisica

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a..... (.....).....

il...../...../.....

residente

Codice fiscale.....

In qualità di esercente: la potestà genitoriale / la tutela / la curatela/ l'amministrazione di sostegno sul seguente soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta:

.....

dichiara di aver acquisito copia dell'informativa, di aver letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali fornite a norma dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà le categorie particolari di dati di cui all'art 9 del citato Regolamento, vale a dire " *i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofica, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*",

PRESTA

libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei dati personali e di quelli riferiti alle categorie particolari sopra indicate per fini di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria, limitatamente ai servizi sanitari richiesti e necessari alla tutela della propria salute, dei propri bisogni, nell'ambito e per tutte le finalità di cui all'informativa consegnata dall'Azienda USL di Teramo ed acquisita in copia dal sottoscritto: il consenso manifestato ha validità per i trattamenti sanitari, per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nella informativa.

Presta altresì consenso alla consultazione della propria documentazione sanitaria, anche pregressa, da parte di tutti i soggetti che effettuano prestazioni diagnostiche, visite, interventi e terapie nonché dal personale amministrativo dell'Azienda limitatamente alle informazioni necessarie per assolvere alle funzioni amministrative cui è preposto e strettamente correlate all'erogazione della prestazione sanitaria.

.....li...../...../.....

(luogo)

(data)

.....

(firma leggibile)