

	Regione Abruzzo <b>Informativa/Consenso</b> <b>UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK</b> <b>MANAGEMENT</b> ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3 Data Emissione: 26.03.2021
GDPR		pag. 5 di 6

### CONSENSO (art. 7)

Premesso che il presente modello integra l'informativa di cui sopra, di cui si dichiara di avere preso visione, il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, in qualità di diretto interessato o esercente la potestà 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)

 www.aslteramo.it	Regione Abruzzo <b>Informativa/Consenso</b> <b>UOC MEDICINA LEGALE, NECROSCOPICA, RISK</b> <b>MANAGEMENT</b> ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679	Documento: INF/CONS UOC MED. LEG. Revisione n.: 3 Data Emissione: 26.03.2021
	GDPR	pag. 6 di 6

Firma dell'Interessato \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OVVERO

Firma del Genitore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

(se esercente la potestà o il tutore)

Il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercitante la patria potestà è informato e acconsente al trattamento dei dati personali del minore.

OVVERO

Considerato che l'interessato/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

non può prestare il proprio consenso per impossibilità psico fisica, per incapacità, anche temporanea, di agire o per incapacità di intendere o di volere, il sottoscritto (in stampatello): \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Familiare (indicare il rapporto di parentela):  
 Convivente  
 Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato  
 Amministratore di Sostegno

acconsente al trattamento dei dati sanitari dell'interessato nell'ambito e per le finalità indicate nell'informativa e si impegna, non appena il paziente sia in grado di prestare autonomamente il proprio consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e luogo e della possibilità di revocarlo.

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_