



MODULO PER CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI

Consenso al trattamento dei dati personali - dati sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del nuovo Regolamento UE 2016/679, da parte del Paziente Interessato alle prestazioni - del tutore dello stesso se minore - della persona che lo rappresenta, in quanto l'interessato è impossibilitato a fornire il consenso direttamente

Il/La sottoscritto/a..... nato/a ail...../...../.....
residente a..... in qualità di

- paziente interessato alle prestazioni, o, in qualità di
 tutore del minore o Rappresentante del paziente

nome e cognome del paziente nato/a ail...../...../.....
residente a.....

dichiara, anche per il soggetto impossibilitato a rilasciare il consenso,

che avendo **letto** e **compreso** l'informativa, messa a disposizione, **dichiara di prestare libero, consapevole, informato e specifico consenso** al trattamento dei dati personali e sensibili – ivi compresi quelli sanitari miei personali e/o del paziente da me tutelato e/o rappresentato, specificando che il presente consenso è **condizionato** al rispetto delle disposizioni della vigente normativa e **circoscritto** all'effettuazione dei trattamenti dei dati personali sanitari e sensibili necessari all'effettuazione delle prestazioni da me richieste e/o autorizzate e di quelle successivamente necessarie a tutela della mia salute e incolumità fisica, **consenso** che i dati saranno trattati ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle amministrative correlate all'oggetto della prestazione e che comunque i risultati di eventuali studi clinici e ricerche relativi ai propri dati comuni e sensibili saranno comunicati esclusivamente in forma anonima.

Esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali dichiarando di essere chiaramente consapevole che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili".

Acconsente inoltre fin d'ora che, da parte del personale incaricato, sia data comunicazione, in ordine al proprio stato di salute, all'effettuazione ed al risultato di prestazioni specialistiche a :

- Familiari conviventi (marito – moglie – figli) - Medico di Famiglia – Alla struttura sanitaria e/o assistenziale cui eventualmente sarò indirizzato per il prosieguo del trattamento sanitario
 Ai familiari conviventi (marito – moglie – figli – padre e/o madre di figli maggiorenni conviventi)
 Al Medico di Famiglia (indicare nome e cognome).....
 Alla struttura sanitaria e/o assistenziale cui eventualmente sarò indirizzato per il prosieguo del trattamento sanitario
 Ad altra persona (indicare nome e cognome).....
 A Nessuno al di fuori della struttura di ricovero che non risulti precedentemente indicato

N.B. si rende indispensabile informare che la mancata comunicazione al medico di famiglia o ad altra struttura sanitaria e/o assistenziale può comportare difficoltà nell'esecuzione dei loro compiti di cura

Acconsente NON Acconsente
a che i dati comuni e sensibili siano trattati, in forma anonima, al fine di ricerca e studio epidemiologico e statistico, nonché per le attività da svolgere per la tutela della salute dei terzi, anche attraverso archiviazione in Repository Aziendali e/o in Fascicoli Sanitari Elettronici.

Acconsente NON Acconsente
A che sia fornita l'informazione circa la propria presenza presso questa struttura sanitaria
CognomeNome

Firma dell'interessato

Firma del Tutore congiunto

(nel caso in cui l'interessato non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente od in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato – articolo 24 D.Lgs. 196/2003).

Catanzaro lì/...../.....