

Ho letto e compreso il foglio informativo. Ho potuto porre tutte le domande che mi interessavano.  
Alle mie domande sono state date risposte complete e comprensibili.

**Pertanto ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  a fornire i miei dati personali e sensibili**

**ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  all'inserimento dei miei dati clinici nel dossier sanitario**

**CHIEDO L'OSCURAMENTO DEI DATI SANITARI  SI  NO**

**CHIEDO L'ANONIMATO  SI  NO**

#### Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

Nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità di cui sopra, l'Ente potrebbe dover comunicare suoi dati a soggetti terzi, quali persone designate dalla S.V., organismi sanitari di controllo, strutture sanitarie in convenzione, autorità di pubblica sicurezza e autorità giudiziaria, enti affidatari di servizi in outsourcing, enti assicurativi e Loss adjuster regionale. Ne consegue che senza il suo consenso alle comunicazioni ai menzionati soggetti, l'Ente potrà compiere solo quelle attività che non prevedono tali comunicazioni, fatta salva peraltro la possibilità di avvalersi delle previsioni della legge (art. 9) che consentono le comunicazioni dei dati personali dell'interessato a prescindere dal consenso dello stesso.

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Inoltre,

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

a comunicare a terzi la mia presenza come degente presso l'Ente.

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

ad autorizzare la consultazione via web della mia documentazione clinica da parte del personale sanitario dell'Ente avente diritto.

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

che il mio Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta attualmente individuato nel Dott.....possa accedere via Web alla mia documentazione sanitaria.

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

che la mia documentazione sanitaria sia comunicata alle strutture afferenti il Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Desideriamo, inoltre, informarLa che i dati personali idonei a rivelare il Suo stato di salute potranno essere trattati previo consenso per scopi di ricerca scientifica, anche statistica, e i risultati della ricerca non potranno essere diffusi se non in forma anonima

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Inoltre ACCONSENTO  all'eventuale invio di SMS o chiamate telefoniche per ricordare eventuali appuntamenti, al n° \_\_\_\_\_

NON ACCONSENTO  all'eventuale invio di SMS o chiamate telefoniche per ricordare eventuali appuntamenti

In ogni caso, i Suoi dati personali potranno essere comunicati a terzi, qualora ciò si rendesse necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica di Lei e di un terzo, nell'ipotesi in cui Lei non possa prestare il Suo consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità d'intendere o di volere. Le ricordiamo che i soggetti ai quali i dati possono essere comunicati utilizzeranno i dati stessi in qualità di titolari ai sensi dell'art 9 del GDPR, in piena autonomia, essendo estranei all'originario trattamento effettuato dall'Ente.

Si segnala, altresì, la possibilità per la S.V. di designare, in ottemperanza al Regolamento Regionale n. 2/2014, un "fiduciario sanitario" mediante l'apposita modulistica.

Luogo, data e ora \_\_\_\_\_

Nome e Cognome paziente \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paziente/tutore/procuratore/1° persona  
con responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_  
2° persona con responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma dell'operatore che acquisisce il consenso

\*

\* Se firma un solo genitore dichiara anche, con l'apposizione della firma, che è l'unica persona a possedere la responsabilità genitoriale o che agisce di comune accordo con l'altro genitore