MODULO DI RACCOLTA DEI CONSENSI

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento "ASST di Lodi" , **io sottoscritto/a**

COGNOME:_____**NOME:** _____

nato/a a _____ il _____/_____/_____

❑ **Autorizzo ASST di Lodi** all'utilizzo dei miei dati di contatto per la segnalazione di iniziative ed eventi svolti dai consultori
Data ...../...../..... Firma di chi esprime il consenso_____

❑ **Autorizzo ASST di Lodi** all'utilizzo dei miei dati di contatto per registrare la mia partecipazione a iniziative ed eventi promossi dal consultori.
Data ...../...../..... Firma di chi esprime il consenso_____

❑ **Autorizzo il Centro di Terapia Sistemico Relazionale di ASST di Lodi** alla ripresa ed alla videoregistrazione delle sedute di terapia del mio nucleo familiare, con le modalità e gli strumenti previsti dalle norme.
Data ...../...../..... Firma di chi esprime il consenso_____

❑ **Autorizzo l'eventuale presenza** nell'equipe di psicologi tirocinanti post-laurea o iscritti ai corsi di specializzazione in Psicoterapia riconosciuti dal relativo Ministero
Data ...../...../..... Firma di chi esprime il consenso_____

➔ **CONSENTO INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE:**

❑ MMG: _____ ❑ PLS: _____
❑ Al Sig./ra_____ tel._____
❑ Al Sig./ra_____ tel._____ ❑ Altro _____

Sono consapevole che, in caso di mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sullo stato di salute a terzi.

Data ...../...../..... Firma di chi esprime il consenso_____

➔ **VARIAZIONE/REVOCA COMUNICAZIONE A TERZI**

In data ...../...../..... si prende atto della richiesta di

❑ revoca ❑ variazione del consenso di comunicazione a terzi precedentemente espresso.

Data ...../...../..... Firma di chi revoca o varia il consenso_____

➔ **ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORENNE**

Il/la Paziente _____**nato/a a** _____**il** _/_/_____**è un/una minore; pertanto il consenso è espresso da**

❑ **i Genitori Sig.ri**

_____

_____

Documento di identità n. _____**rilasciato il** ...../...../.....

Documento di identità n. _____**rilasciato il** ...../...../.....

❑ **Altro**_____**(Specificare e allegare Modulo di Autocertificazione)**

Presa visione dell'informativa autorizzo al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati al solo fine di accogliere la raccolta del consenso prestata a nome e per conto del minore.

Data ...../...../..... **Firma di chi esprime il consenso**_____/_____

ASST DI LODI