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 ____/____/_____

❑ **ACCONSENTO alla costituzione del DSE**
❑ **ACCONSENTO all'inserimento nel mio DSE** delle informazioni soggette a maggior tutela *
❑ **ACCONSENTO alla costituzione del DSE** solo per gli eventi clinici relativi alla presente prestazione e a quelle future
❑ **NON ACCONSENTO alla costituzione del DSE**

Data ____/____/_____ Firma di chi esprime il consenso_____

➔ CONSENTO INOLTRE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A SOGGETTI TERZI

❑ **Al Sig./ra**_____ tel._____

❑ **Al Medico curante** Dr./Dr.ssa _____❑Altro (comprese Unità di Offerta Territoriali) _____

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

Data ____/____/_____ Firma di chi esprime il consenso_____

➔ VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO

In data ____/____/_____ si prende atto della richiesta di revoca del consenso per:

❑ DSE..... ❑ comunicazione a terzi precedentemente espresso (vedi punto precedente).

Firma di chi revoca il consenso_____

➔ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER MINORE

Il/la Paziente _____nat/a a _____il ____/____/_____ è un/a **minore;**
pertanto, il consenso è espresso da Sig./Sig.ra_____Sig./Sig.ra_____
n qualità di: → ❑ genitori ❑ altro..... (specificare e allegare Modulo di autocertificazione)

Documento di identità n. _____rilasciato da _____ il ____/____/_____

Documento di identità n. _____rilasciato da _____ il ____/____/_____

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

Data ____/____/_____ Firma di chi esprime il consenso _____/_____

Data ____/____/_____ Firma di chi esprime il consenso _____/_____

➔ ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER PERSONA IMPOSSIBILITATA AD ESPRIMERLO

Il/la Paziente _____ nato a _____ il ____/____/_____

è una **persona impossibilitata** ad esprimere il consenso; pertanto, ai sensi dell'art. 82 del vigente Codice privacy, il consenso è espresso da
a)Sig./Sig.ra_____ **in qualità di** _____
Congiunto, Rappresentante legale, Responsabile della Struttura in cui l'interessato/a dimora - se Rappresentante legale, allegare Modello di autocertificazione.
Documento di identità n. _____rilasciato da _____ il ____/____/_____

Presa visione dell'informativa, autorizzo il trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli sopra indicati, al solo fine della raccolta del consenso prestato a nome e per conto della persona impossibilitata
Data ____/____/_____ Firma di chi esprime il consenso _____/_____

OPPURE

b) Io sottoscritto/a Dr./Dr.ssa_____ dichiaro che all'atto del ricovero (data ---/---/---------), il/la paziente _____non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso e non è accompagnato/a da nessuna delle persone di cui all'art. 82 c. 2 Codice privacy).

Data_____./_____/_____ Firma del Medico_____

*__Informazioni soggette a maggior tutela:__ *aver subìto violenza sessuale/ aver subito violenza sessuale in età infantile e/o adolescenziale; essere affetti da HIV; essere assuntore di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcooliche; essersi sottoposte ad interruzione volontaria della gravidanza; aver deciso di partorire in anonimato; aver usufruito di servizi offerti da consultori familiari.*