

MODULO DI RACCOLTA DEI CONSENSI/Oscuramento dati Servizi Socio Sanitari

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, io sottoscritto/a

COGNOME: _____ NOME: _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Costituzione DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (ove applicabile)

ACCONSENTE

alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico aziendale

oppure

alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico solo per gli eventi clinici relativi alla presente prestazione e a quelle future

NON ACCONSENTE

alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico aziendale

Data ____/____/____ Firma di chi fa la richiesta _____

Inserimento dati nella CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

→ 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 ____/____/____

Altro(specificare e allegare modulo Autocertificazione IO.20- Mod. 13)

Preso 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 _____

→ 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 ____/____/____

Preso 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 _____

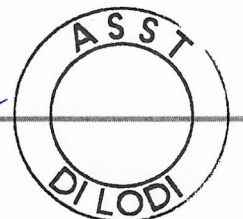
→ VOGLIO REVOCARE IL MIO CONSENSO PRECEDENTEMENTE ESPRESSO

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

Costituzione del Dossier Sanitario Elettronico

Inserimento nella Cartella Sociale Informatizzata

Firma di chi revoca il consenso _____



→ CHIEDO L'OSCURAMENTO (non visibilità) dei miei dati personali relativamente a:

- Dossier Sanitario Elettronico
- Cartella Sociale Informatizzata

Data ____/____/____ Firma di chi fa la richiesta _____

Comunicazione a terzi:

Consente inoltre che sia data comunicazione :

- Ai famigliari : Sig/ra _____ tel. _____
- Operatori di altri Servizi: _____
- Al Sig./ra _____ tel. _____
- Al Sig./ra _____ tel. _____
- Altro _____

In merito al proprio stato di salute:

- Andamento programma terapeutico
- Esito controlli tossicologici
- Esito controlli ematici
- Alle proprie condizioni socio - sanitarie
- Alle condizioni socio sanitarie del Sig/ra _____
- Altro _____

Il/ la sottoscritto/a è consapevole che, in mancata compilazione del presente riquadro, non potrà essere data alcuna informazione sullo stato di salute a terzi.

Data ____/____/____ Firma di chi fa la richiesta _____

Variazione / Revoca Comunicazione a terzi:

in data ____/____/____ si prende atto della richiesta di

- revoca
- variazione (vedi nuovo modulo consenso allegato)

del consenso comunicazione a terzi precedentemente espresso

Firma leggibile di chi esprime il consenso _____

