

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____, nato a _____ il ___ / ___ / ___

codice fiscale _____ residente a (Comune, Provincia) _____

in via (indirizzo) _____ in proprio e/o nella qualità di

Tutore / Amministratore di sostegno / Esercente la potestà genitoriale / altro _____

di (Nome e Cognome) _____, nato a _____ il ___ / ___ / ___

codice fiscale _____ residente a (Comune, Provincia) _____

in via (indirizzo) _____

- lette le informative ai pazienti EX ARTT. 13 E 14 REGOLAMENTO GENERALE N. 2016/679/UE (GDPR) fornita da CASA DI CURA NUOVA VILLA CLAUDIA S.P.A.

dichiaro di aver compreso il loro contenuto e presto liberamente e consapevolmente il mio consenso al trattamento dei miei DATI PERSONALI secondo le seguenti indicazioni (**barrare la scelta**).

CONSENSO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera B) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa DR.PRI.01 (DOSSIER SANITARIO)

SI NO

- Acconsento all'inserimento nel DOSSIER SANITARIO di eventi pregressi

SI NO

- Acconsento all'inserimento nel DOSSIER SANITARIO anche di informazioni sottoposte a maggior tutela da parte dell'ordinamento (come ad esempio informazioni relative ad atti di violenza sessuale o pedofilia, all'infezione da HIV o all'uso di alcool o di stupefacenti)

SI NO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera C) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa DR.PRI.01 (RICERCA E ATTIVITÀ FORMATIVE)

SI NO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera D) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa DR.PRI.01 (RILEVAMENTO DI EVENTUALI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE O DI STATI DI POSITIVITÀ VIRALI)

SI NO

- Acconsento al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera E) del p.to Finalità del trattamento dell'informativa DR.PRI.01 (MARKETING)

SI NO

Autorizzo il Titolare del trattamento a comunicare le informazioni relative al mio stato di salute, oltre che alle categorie indicate nell'informativa, anche ai seguenti soggetti

COGNOME	NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RECAPITI

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa sulle modalità di trattamento dei miei dati personali e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento

Data ___ / ___ / ___

Firma _____