

MODULO DI CONSENSO

La/Il sottoscritta/o

Nome _____ Cognome _____

Residente in _____

Città _____ Prov. _____

Nata/o a _____ il _____

In qualità di Interessato al trattamento dei dati personali

OPPURE

in qualità di (in caso di minori o di soggetti con rappresentanza legale):

Esercente la potestà del genitore

Tutore/Amministratore di sostegno

Curatore (per le ipotesi di curatela è necessaria anche la firma dell'interessato)

del sig./della sig.ra

Nome _____ Cognome _____

Residente in _____

Città _____ Prov. _____

Nata/o a _____ il _____

letta e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali allegata ai sensi del Regolamento UE 679/2016,

autorizza

non autorizza

il Titolare alla formazione del Suo Dossier sanitario Elettronico (DSE)

autorizza

non autorizza

l'inserimento degli eventi sanitari pregressi nel Suo Dossier sanitario Elettronico (DSE)

autorizza

non autorizza

il trattamento dei dati contenuti nel Suo Dossier Sanitario Elettronico (DSE) per finalità di ricerca scientifica

autorizza

non autorizza

l'inserimento nel Suo Dossier Sanitario Elettronico (DSE) dei dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato, ovvero relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, all'infezioni da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari

autorizza

non autorizza

l'accesso al Suo DSE da parte del personale dell'AUSL che Le fornirà nel tempo e a vario titolo assistenza sanitaria

autorizza

non autorizza

l'accesso al Suo DSE formato presso la AUSL da parte del personale dell'IRST che Le fornirà nel tempo e a vario titolo assistenza sanitaria.

Revoca del consenso

Lei ha sempre diritto di revocare per iscritto in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei Suoi dati scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@irst.emr.it. Il trattamento dei Suoi dati effettuato prima della revoca rimane lecito. In caso di revoca del consenso (liberamente manifestabile in qualsiasi momento), il Dossier sanitario non verrà ulteriormente implementato. Le informazioni sanitarie presenti resteranno disponibili al professionista o alla struttura interna al titolare che le ha redatte (ad es., informazioni relative a un ricovero utilizzabili solo dal reparto di degenza) e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non saranno più condivise con i professionisti degli altri reparti che La prenderanno in seguito in cura.

(Luogo e data) _____,

Firma (l'Interessato) _____