



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DELL'ART. 7 DEL REGOLAMENTO GENERALE UE 679/2016

Presa visione dell'informativa fornitami dal Titolare del trattamento "ASST Fatebenefratelli-Sacco" ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 679/2016 sono consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i miei dati personali sensibili idonei a rivelare lo stato di salute. Sono altresì a conoscenza che il presente consenso è considerato valido per la pluralità delle prestazioni cliniche e strumentali erogate da distinti Reparti ed Unità Operative di questa Azienda e che tale consenso può essere in ogni momento modificato ai sensi degli artt. 15 e ss. del Regolamento Europeo.

1. PAZIENTE – DIRETTO INTERESSATO

Il Paziente _____ nato a _____ il...../...../.....
residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____
identificato/a con Documento di identità n. _____ rilasciato il ____/____/____

PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI per le finalità di diagnosi, cura ed attività amministrative correlate.

Data/...../..... Firma _____
(paziente)

2. * PAZIENTE MINORE-TUTELATO

Il Paziente _____ nato a _____ il...../...../.....
residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____
è un **minore/tutelato**, pertanto:
il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità di diagnosi, cura ed attività amministrative correlate, è espresso:
da: Sig. _____ Sig.ra _____

in qualità di: ☐ Genitori ☐ altro Rappresentante legale (specificare _____)

documento di identità n: _____ rilasciato il/...../.....
documento di identità n: _____ rilasciato il/...../.....

Data/...../..... Firma _____
Firma _____

3. PAZIENTE ACCOMPAGNATO CON IMPOSSIBILITA'AD ESPRIMERE IL CONSENSO

Il Paziente _____ nato a _____ il...../...../.....
residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____

è in uno stato di impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere, pertanto

il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per le finalità di diagnosi, cura ed attività amministrative correlate art, 9 lett. c è espresso

da: Sig./Sig.ra _____

- ☐ Rappresentante legale ☐ Prossimo congiunto ☐ Familiare
☐ Convivente ☐ Responsabile della struttura presso la quale l'interessato dimora

documento di identità n: _____ rilasciato il/...../.....

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



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DELL'ART. 7
DEL REGOLAMENTO GENERALE UE 679/2016

4. PAZIENTE NON ACCOMPAGNATO CON IMPOSSIBILITA' AD ESPRIMERE IL CONSENSO

Il/La sottoscritta dr./dr.ssa _____ dichiara che all'atto delle prestazioni e/o del ricovero (il giorno/...../..... alle ore)

il/la paziente _____ nato/a a _____ il/...../..... residente a _____ cap _____ Via _____ n. _____

non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso e non è accompagnato da nessuna delle persone di cui all'art. 9 lett. c

Data/...../.....

Firma del Medico _____

AUTORIZZA	☐	Che sia resa nota la sua presenza in questo Ospedale a chi ne faccia richiesta
NON AUTORIZZA	☐	
AUTORIZZA	☐	Il personale Medico, autorizzato dall'Azienda, a fornire informazioni sul suo stato di salute, a familiari e conoscenti. Nome e Cognome: _____ _____ **Medico Curante Dr: _____
NON AUTORIZZA	☐	
AUTORIZZA	☐	Preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali effettuato attraverso il sistema Psicheweb All'accesso ai dati personali a tutte le Unità Operative di Psichiatria afferenti al Sistema Socio Sanitario Regionale, anche qualora già precedentemente raccolti e trattati presso altre Unità Operative di Psichiatria.
NON AUTORIZZA	☐	
AUTORIZZA	☐	Al trattamento dei suoi dati personali e sensibili per attività di ricerca scientifica correlata alla patologia per la quale si è rivolto alla Asst Fatebenefratelli-Sacco
NON AUTORIZZA	☐	

Data/...../..... Firma _____/_____

(diretto interessato o chi lo rappresenta)

Tale consenso può essere in ogni momento revocato/rettificato

REVOCA	☐	I/il sottoscritto _____/_____ (diretto interessato o chi lo rappresenta) Specifica della rettifica _____ Data e firma _____/_____
RETTIFICA	☐	

*nel caso di minore o persona sottoposta a tutela, il consenso dovrà essere sottoscritto dai genitori o dal rappresentante legale (tutore, curatore, amministratore di sostegno) previamente autorizzato dall'Autorità competente. In questi casi dovranno essere riportati sul modulo anche gli estremi identificativi in corso di validità. Per i rappresentanti legali riportare anche gli estremi del documento che attesti la funzione

**Si ricorda che le informazioni relative alle prestazioni sanitarie vengono comunicate automaticamente al medico di medicina generale (medico di base) qualora sia stato rilasciato il consenso al trattamento dei dati al momento della distribuzione della Tessera Sanitaria (Carta regionale dei Servizi) per gli assistiti di Regione Lombardia.