



**RILASCIO DEL CONSENSO AL
TRATTAMENTO DEI DATI PER
PRESTAZIONI AMBULATORIALI O
RICOVERO**
(ai sensi dell'art. 7 del GDPR EU 2016/679)



Sistema Gestione Qualità
Certificato
UNI EN ISO 9001:2015
(nr 501007901 – Rev. 04)

Rilascio del consenso al trattamento dei dati per prestazioni ambulatoriali o ricovero
(ai sensi dell'art. 7 del *GDPR EU 2016/679*)

Premesso che il consenso potrà in qualsiasi momento essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 affissa nei locali dell'Istituto Figlie di San Camillo (di seguito Istituto),

il sottoscritto _____,

nato a _____, il _____, residente in _____ (Provincia _____), Via _____,

N° _____, CAP _____, tel. _____, ASL di appartenenza _____,

in qualità di:

interessato

esercente la potestà di genitore del minore _____, nato a _____, il _____, residente _____

amministratore di sostegno dell'incapace naturale _____, nato a _____, il _____, residente _____

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

al trattamento dei dati per finalità di tutela della salute, con particolare riferimento alla prestazione diagnostica/ambulatoriale richiesta o ricovero

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

affinché i Sui dati e/o i referti medici siano comunicati a

me medesimo

familiare (Cognome e nome _____)

convivente (Cognome nome) _____

medico di famiglia (Cognome e nome _____) Codice Regionale _____

Luogo e data

Firma estesa e leggibile