

MODULO DI CONSENSO DOSSIER SANITARIO

Nome/Cognome	
luogo di nascita	data di nascita
Codice Fiscale	

Io sottoscritto/a, ricevo le informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) sul trattamento dei miei dati personali attraverso il *Dossier sanitario*

AUTORIZZO l'attivazione nonché utilizzo del mio *dossier sanitario* per le finalità e secondo le modalità descritte nelle informazioni di cui sopra.

Firma..... data

e, inoltre,

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

l'inserimento nel Dossier di dati relativi ad eventi sanitari pregressi disponibili (consapevole che potrò escludere dal dossier le future prestazioni avanzando una richiesta in tal senso alla struttura che le esegue)

Firma data

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

l'inserimento nel Dossier dei dati relativi ai soggetti a maggiore tutela così come definiti nelle informazioni di cui sopra.

Firma data