

**MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
PERSONALI DEL MINORE/INTERDETTO/INCAPACE
ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il __/__/____, residente a _____ in
Via _____ n° ____;

e (solo in caso di soggetto minore riportare i dati del secondo genitore)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il __/__/____, residente a _____ in
Via _____ n° ____;

in qualità di:

☐ **Esercente/i la responsabilità genitoriale**

ovvero

☐ **Tutore** (Prov. n. _____ emesso da _____)

ovvero

☐ **Amministratore di sostegno** (Prov. n. _____ emesso da _____)

dell'Interessato/Minore _____ nato a _____ il
_____ residente in _____, lette le informazioni sul trattamento dei
dati personali rese ai sensi dell'art. 13 del Reg.UE 2016/679 (GDPR), autorizzo al trattamento dei dati personali
dell'interessato, per finalità di tutela della salute, dell'incolumità fisica dei terzi e della collettività, per finalità
amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nei limiti indicati dall'informativa
suddetta e, con particolare riferimento al Dossier Sanitario

- AUTORIZZO l'attivazione nonché utilizzo del *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 sarà possibile
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.

Data _____

Firma/e _____