



MODULO DI MODIFICA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO

Io sottoscritto *(in caso di genitori di minori, da compilarsi a cura di ciascuno)*

Nome/Cognome _____

Nato _____

il _____

Codice/Fiscale _____

☐ in proprio

ovvero _____

☐ 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 e comprese le informazioni ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (RGPD) sul trattamento dei dati personali attraverso il Dossier sanitario, nelle quali è indicata la possibilità di modificare in qualsiasi momento i consensi già rilasciati in precedenza e poter quindi procedere ad autorizzare, o meno, la costituzione del Dossier Sanitario, a seguito del quale vi sarà il trattamento dei miei dati di salute per le finalità descritte nella richiamata informativa con l'obiettivo di migliorare, grazie alla completezza dell'informazione, le prestazioni sanitarie in mio favore, a modifica dei consensi già rilasciati in relazione al trattamento effettuato attraverso il **Dossier Sanitario**,

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| ☐ Autorizzo/ | ☐ NON Autorizzo | La costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei miei dati relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future. |
| ☐ Autorizzo | ☐ NON Autorizzo | L'inserimento dei miei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse |
| ☐ Autorizzo | ☐ NON Autorizzo | La visibilità della cartella clinica/ambulatoriale nel suo complesso |
| ☐ Autorizzo | ☐ NON Autorizzo | La visibilità della relazione di degenza; |
| ☐ Autorizzo | ☐ NON Autorizzo | La visibilità della lettera al curante |

Luogo e data _____

Firma _____