



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letto e compreso l' "ATTO DI INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PAZIENTI" (versione settembre 2020), io sottoscritto

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	_____ Prov. ____	In data	___ / ___ / _____
Codice Fiscale			

[EVENTUALE] in qualità di *medico curante* *genitore* *amministratore di sostegno* *tutore* *curatore* *altro* _____ *del Paziente*

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	_____ Prov. ____	In data	___ / ___ / _____
Codice Fiscale			

ACCONSENTO

1	<p>alla condivisione delle informazioni sugli eventi clinici attuali e passati con i professionisti sanitari operanti in tutti i reparti dell'Azienda mediante il Dossier Sanitario (DSE), al solo scopo di offrirmi un migliore processo di cura (Finalità n. 4)</p>
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2	<p>alla consegna "permanente" dei referti medici tramite modalità digitali (ROL Permanente) (Finalità n. 6)</p>
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SOLO IN CASO DI RICOVERO acconsento alla comunicazione dei dati personali ad uno o più dei seguenti soggetti:

- coniuge
- convivente
- genitori
- figli
- fratelli/sorelle
- suoceri/cugini/cognati
- amici e conoscenti
- altri (specificare)
- nessuno

Torino,

Firma leggibile.....