



MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letto e compreso l' "ATTO DI INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PAZIENTI" (versione ottobre 2023), 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. 2.3. lettera E)</p>
	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

2	<p>alla consegna "permanente" dei referti medici tramite modalità digitali (ROL Permanente) (Finalità n. 2.4. lettera F)</p>
	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO

Inoltre 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.....