

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali del paziente effettuato da Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. S.B. nell'ambito delle prestazioni svolte, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e delle Linee guida del Garante in materia di Dossier Sanitario del 4 giugno 2015.

Io sottoscritto (Cognome e Nome) Nato a
il/...../..... Residente in Via
C.F. Tel. email:

per sé

OPPURE

In qualità di:

- Genitore titolare della responsabilità genitoriale (minori di 16 anni)
 Tutore
 Amministratore di sostegno
 Altro:

Di (nome e cognome) nato a..... il....., residente
in....., via, C.F.

Presa visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario e consapevole che il mio
consenso è puramente facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento,

ESPRIMO IL CONSENSO

NON ESPRIMO IL CONSENSO

Alla **costituzione del Dossier Sanitario** e all'inserimento nello stesso dei miei dati personali per le finalità di cui
all'informativa.

ESPRIMO IL CONSENSO

NON ESPRIMO IL CONSENSO

All'inserimento nel Dossier Sanitario degli eventi clinici pregressi la costituzione del medesimo (es. referti, visite
ambulatoriali, ricoveri, documentazione da me fornita ovvero contenuta nei documenti prodotti dalla Struttura prima della
data di rilascio del consenso).

ESPRIMO IL CONSENSO

NON ESPRIMO IL CONSENSO

All'inserimento nel Dossier Sanitario delle **informazioni soggette a maggior tutela** (informazioni relative ad atti di
violenza sessuale o di pedofilia, allo stato di sieropositività, all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di
alcol, all'interruzione volontaria di gravidanza, al parto in anonimato).

Data.....

Firma leggibile