

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali del paziente effettuato da Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. Società Benefit nell'ambito delle prestazioni svolte, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e della normativa applicabile.

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.

Dichiaro di aver preso visione **dell'Informativa sul trattamento dei dati personali** rilasciata da ICS Maugeri S.p.A. S.B. ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 ("GDPR"), con particolare riferimento alle finalità di cui alle lettere **"A – erogare attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione"**; **"B – eseguire attività amministrative e contabili connesse"**; **"C – adempiere ad obblighi previsti da leggi e regolamenti"**, **"D – consentire l'accertamento, l'esercizio o la difesa dei diritti del Titolare e/o per l'eventuale esercizio di un'azione di recupero crediti"**.

Consapevole che il mio consenso è puramente facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento,

ESPRIMO IL CONSENSO

NON ESPRIMO IL CONSENSO

All'utilizzo dei miei dati personali, da parte di **Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. S.B.**, per **attività di ricerca scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico**, che non comportano la pubblicazione e/o divulgazione di informazioni dalle quali sia possibile risalire alla mia identità (**lett. "E"**).

ESPRIMO IL CONSENSO

NON ESPRIMO IL CONSENSO

Alla ricezione dei miei referti **medico-sanitari** (ad eccezione degli accertamenti relativi ad indagini genetiche o all'HIV) in modalità "online", in particolare attraverso la piattaforma digitale presente sul sito web, per la quale si rimanda ad apposita informativa (**lett. "F"**).

IO ICSM TDP MD1-0 Espressione del consenso al trattamento dei dati personali del 26/02/2024

Pag. 1 di 2

ICS Maugeri SpA SB è certificata secondo la UNI EN ISO 9001:2015 da Bureau Veritas Italia SpA



Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa - Società Benefit IRCCS

via Salvatore Maugeri, 4 - 27100 Pavia | Codice fiscale e Partita Iva: 02631650187 | cod. univoco fatt. elettronica: MZO2AOU
Iscrizione Rea: PV - 289202 | tel. 0382 592504 | email: info@icsmaugeri.it

ESPRIAMO IL CONSENSO

NON ESPRIAMO IL CONSENSO

Affinché i miei dati identificativi possano essere utilizzati da ICS Maugeri **per inviarmi, per mezzo posta elettronica, comunicazioni relative a campagne ed iniziative svolte** dalla stessa, nonché informazioni in merito all'apertura di nuovi centri ed attivazione di nuovi servizi (lett. "G").

ESPRIAMO IL CONSENSO

NON ESPRIAMO IL CONSENSO

Affinché i miei dati identificativi possano essere utilizzati da ICS Maugeri **per inviarmi, per mezzo posta elettronica, comunicazioni personalizzate e compatibili con le prestazioni da me in precedenza richieste o comunicazioni personalizzate relative all'apertura di nuovi centri e/o attivazione di nuovi servizi nell'area geografica di mio interesse** (lett. "H").

ESPRIAMO IL CONSENSO

NON ESPRIAMO IL CONSENSO

Affinché i miei dati identificativi (nome, cognome, residenza, numero di telefono, indirizzo e-mail), escluse le categorie particolari di dati (informazioni sulla mia salute, dati genetici etc.) **possano essere trasmessi a Fondazione Salvatore Maugeri Clinica del lavoro e della Riabilitazione per sue attività di informazione** (via e-mail, SMS, posta ordinaria o elettronica) e promozione ad esempio di eventi, iniziative di raccolta fondi per il sostegno alla ricerca o altre iniziative simili. (lett. "I").

Data.....

Firma leggibile

**INDICAZIONI IN MERITO ALLA COMUNICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE
DELL'INTERESSATO (facoltativo)**

ESPRIAMO IL CONSENSO

NON ESPRIAMO IL CONSENSO

All'informazione circa l'esistenza di una prestazione in atto e/o del mio ricovero presso uno degli Istituti di ICS Maugeri a:

- Mieì famigliari
- Mio medico curante
- Altro:

Firma leggibile