

2. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA TUTELA DELLA SALUTE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____

e-mail _____ Telefono e/o cellulare _____

in proprio

nella sua qualità di:

genitore esercente la responsabilità

tutore

altro (*specificare*)

di _____ nato/a a _____ (____) il _____

residente a _____ (____) in via _____

presa conoscenza delle informazioni contenute nell'Informativa disponibile al momento della raccolta del presente consenso e sul sito internet dell'Ente <https://www.fondazionesinapsi.it> (ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 e dell'art. 79 del Codice della Privacy D. Lgs. 196/2003 e smi) e, in particolare, delle finalità e delle modalità del trattamento ivi specificate, nonché dei soggetti a cui i dati possono essere comunicati e trasferiti,

ACCONSENTE ALLA COMUNICAZIONE DEI SUDDETTI DATI
AI SEGUENTI SOGGETTI CHE DOVESSERO FARNE RICHIESTA:

Familiari e persone di sua conoscenza

SÌ NO

(*indicare nome, cognome e recapito*)

(*indicare nome, cognome e recapito*)

(*indicare nome, cognome e recapito*)

Professionisti di fiducia esterni all'Ente e al Servizio Sanitario

SÌ NO

(*indicare nome, cognome e recapito*)

(*indicare nome, cognome e recapito*)

Fornitori che erogano servizi per l'Ente

SÌ NO

(da compilarsi con il supporto dell'Ente)

(*indicare nome del fornitore*)

(*indicare nome del fornitore*)

DOCUMENTO DI CONFORMITÀ DEI TRATTAMENTI DEI DATI PERSONALI
DELLA FONDAZIONE SINAPSI
PARTE TERZA

Istituti previdenziali e assicurazioni cui Lei si rivolge SÌ NO

_____ (indicare ragione sociale)
_____ (indicare ragione sociale)

Istituzioni Scolastiche (scuola dell'infanzia, primaria, secondaria) SÌ NO
(se non già certificato ai sensi della L. 104/92 e smi)

_____ (indicare il nome della scuola)

Associazioni o Enti (ad es. Associazioni Sportive dilettantistiche) SÌ NO

_____ (indicare il nome dell'Associazione)

Se Lei risiede in una delle Regioni ove è attivo il Fascicolo Sanitario Elettronico, i suoi dati saranno messi a disposizione per il loro eventuale utilizzo nel Fascicolo medesimo, salvo sua esplicita richiesta di oscuramento.

Dichiara di essere persona legittimata a prestare il consenso.

Luogo _____ Data _____ Firma _____

Nel caso di paziente maggiorenne temporaneamente non in grado di firmare:

Il sottoscritto Dr. _____ dichiara che, nel momento in cui viene erogata la prestazione (il giorno _____ alle ore _____), il Sig./la Sig.ra _____

non è nelle condizioni fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra

Firma e timbro del medico accettante _____

Il Regolamento Europeo Le consente di revocare il consenso da Lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Maggiori informazioni e l'informativa relativa a questo consenso sono disponibili sul nostro sito all'indirizzo <https://www.fondazionesinapsi.it>, ove è altresì disponibile un estratto completo degli articoli di legge in essa richiamati.