

MODULO PER IL CONSENSO PER IL DOSSIER SANITARIO

(art.13 e sg. Regolamento UE 2016/679 – GDPR – e Codice Privacy come modificato)

Il paziente (cognome e nome) _____, nato/a _____,
il ____/____/_____, residente a _____, in via _____,
telefono _____

per sé medesimo

Oppure

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nato/a _____, il ____/____/_____, residente a _____
in via _____, telefono _____
in qualità di _____ (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno,
ecc.)

esercitando la rappresentanza legale del paziente di cui sopra

DICHIARA

- di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 GDPR rivolta ai pazienti di Policlinico Triestino Spa, pubblicata anche sul sito www.polifvg.it;
- di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali espressamente riguardante il Dossier Sanitario Elettronico;
- di aver compreso il contenuto di entrambe.

Pertanto, liberamente, spontaneamente e consapevolmente esprime:

il **CONSENSO** all'istituzione del Dossier Sanitario Elettronico **Sì** **No**

il **CONSENSO** all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico di tutti i dati precedenti **Sì** **No**

Data _____

Firma paziente _____