TITOLARE DEL TRATTAMENTO:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

▢ Per se stesso:

Il/la sottoscritto/a Signor/a (cognome e nome) ,

C.F. ; nato/a a , il / / , residente a in Via/P.za Telefono E-mail

▢ Esercitando la rappresentanza legale del paziente:

(Cognome e Nome) , nato/a a , il / / , residente a in Via/P.za in qualità di (specificare se genitore, tutore, amm. di sostegno, ecc)

DICHIARA

* **Di aver preso visione e di aver compreso quanto descritto nell’informativa resa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 relativamente all’utilizzazione dei dati personali per finalità di diagnosi, cura, assistenza sanitaria, per finalità gestionali e di contratto, nei termini previsti dalla informativa stessa nonché alla comunicazione degli stessi sulla base e nel rispetto delle norme vigenti e per quanto di competenza;**
* **Di aver ricevuto copia dell’informativa;**
* **Di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati di salute e, comunque, di prendere atto che, ai sensi dell'art. 9. 2, lett. h) del GDPR, i dati relativi alla salute richiesti direttamente ovvero raccolti presso terzi, verranno utilizzati al solo fine di dare esecuzione alla prestazione richiesta di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;**
* **Di essere stato informato:**
* **Sul diritto di accesso ai dati personali e sulla facoltà di chiederne l’aggiornamento, la rettifica, l’integrazione e la**

cancellazione.

* **Sui soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (es. laboratorio analisi,**

medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti, consulenti e collaboratori) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati.

* **Dichiara che l’informazione è stata fornita con un colloquio in cui ha avuto modo di porre domande.**

Data e Luogo Firma Paziente