**MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritt\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nat\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI**

 □ paziente □ genitore esercente la potestà genitoriale □ tutore □ amministratore di sostegno del paziente

 Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

- letta l’INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI DEI PAZIENTI ai sensi del REGOLAMENTO EUROPEO N. 2016/679/UE (GDPR) presente presso la struttura Casa di cura Morana in rev.1 del 10.10.2019.

- consapevole che il trattamento riguarderà i dati "particolari" (*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuali).*

**ACCONSENTO**

 **alla costituzione del Dossier Sanitario e dunque all’inserimento di tutti i miei dati personali e “particolari”
da ora in poi (fino a mia eventuale richiesta esplicita di revoca) per le finalità di cui alla lettera B) dell’informativa (DOSSIER SANITARIO)** □ SI □ NO

 **all’inserimento, nel Dossier sanitario, di tutte le informazioni sanitarie pregresse**

□ SI □ NO

 **al Trattamento dei miei dati personali e particolari (già definiti sensibili) per le finalità di cui alla lettera C) dell’informativa**

 □ SI □ NO

**all'invio di SMS**

□ SI □ NO

Autorizzo il Titolare del trattamento a comunicare le informazioni relative al mio stato di salute, oltre che alle categorie indicate nell’informativa, anche ai seguenti soggetti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Data e luogo di nascita | recapiti |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l’informativa sulle modalità di trattamento dei miei dati personali poste in essere da Casa di cura Morana e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento

 Data [Data e ora] Firma del paziente /delegato / altro soggetto

 **…………………………........………………**