



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

(artt. 23, 26, 76-81 del D.Lgs. 196/2003) e GDPR 679/2016

Sezione A

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ in Via/Piazza _____

telefono/cell. _____ e-mail _____

per sé medesimo oppure

esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se tutore, amministratore di sostegno,...) del Sig./Sig.ra/

_____ nato a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

DICHIARA

di aver ricevuto letto e compreso il contenuto dell'informativa per il trattamento dei dati personali comuni e sensibili e, con riferimento a tutte le prestazioni da erogarsi da parte della Casa di Cura S. Anna S.p.A., di autorizzare il trattamento dei dati personali comuni e sensibili nei limiti delle finalità indicate nell'informativa per quanto necessario alla cura della salute e all'erogazione delle prestazioni sanitarie nonché per i fini amministrativi correlati alla prestazione,

AUTORIZZA

SI NO

Nota bene: il rifiuto a prestare il consenso di cui sopra PRECLUDE il diritto alle cure e quindi non verranno erogate
Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità **PERMANENTE**, salvo **REVOCA** e/o **MODIFICA/OSCURAMENTO** totale o parziale in qualsiasi momento e/o raggiungimento della maggiore età.

Inoltre, per quanto concerne i dati genetici:

AUTORIZZA

il trattamento dei dati esclusivamente per fini di tutela della salute

SI NO

Sezione B

Per quanto riguarda riprese video o audio delle sedute riabilitative

AUTORIZZA

il trattamento delle riprese esclusivamente per fini scientifici, formativi e di supervisione.

SI NO

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto da parte della Casa di Cura S. Anna S.p.A. delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____ Firma del dichiarante _____

Sezione C

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI SANITARI

In riferimento ai dati relativi allo stato di salute

AUTORIZZO LA COMUNICAZIONE A:	NON AUTORIZZO LA COMUNICAZIONE A:
<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> genitori <input type="checkbox"/> fratelli/sorelle	<input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figli <input type="checkbox"/> genitori <input type="checkbox"/> fratelli/sorelle
<input type="checkbox"/> tutti i famigliari <input type="checkbox"/> medico curante	<input type="checkbox"/> tutti i famigliari <input type="checkbox"/> medico curante
<input type="checkbox"/> alle seguenti persone:	<input type="checkbox"/> alle seguenti persone:

Se non desidera che siano fornite informazioni sulla presenza in questa Casa di Cura esprima il suo preciso rifiuto
 NON AUTORIZZO LA COMUNICAZIONE A TERZI DELLA PRESENZA/DEGENZA ALLA CLINICA S. ANNA

Data _____ Firma del dichiarante _____