



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI DEL MINORE

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

Sezione A

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

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

telefono/cell. _____ e-mail _____

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____

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

telefono/cell. _____ e-mail _____

Genitori del minore _____ nato a _____ il _____

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

DICHIARANO

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,

AUTORIZZANO

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:

AUTORIZZANO

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

AUTORIZZANO

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.

Sezione C

CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI SANITARI

In riferimento ai dati relativi allo stato di salute

AUTORIZZIAMO LA COMUNICAZIONE A:

tutti i familiari medico curante

alle seguenti persone _____

NON AUTORIZZIAMO LA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLA SALUTE A:

tutti i familiari medico curante

alle seguenti persone _____

Se non desidera che siano fornite informazioni sulla presenza in questa Casa di Cura esprima il suo preciso rifiuto

NON AUTORIZZIAMO LA COMUNICAZIONE A TERZI DELLA PRESENZA/DEGENZA NELLA CLINICA S. ANNA

Per il MINORE:

Data _____ Firma dei genitori _____