

RACCOLTA CONSENSO OSPEDALIERO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016 E NORME DI ARMONIZZAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. di _____

il _____ C.F. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.⁽¹⁾

☐ in nome proprio

☐ esercitando la rappresentanza legale sull'assistito in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno,) ⁽²⁾

_____ del/della Sig / Sig ra / minore _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via/ Piazza _____

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento U.E. 679/2016 e norme attuative in materia di protezione dei dati personali ed **esprimo il consenso** al trattamento dei dati personali e categorie particolari di dati personali, così come illustrati nella predetta informativa.

SI ☐ NO ☐

Per quanto attiene all'utilizzo del numero di telefono personale, fisso o cellulare, per confermare o ricordare il giorno della prenotazione o per avvisare in caso di annullamento della visita o per finalità di prevenzione e di tutela di sanità collettiva e igiene pubblica, **esprimo il consenso**

SI ☐ NO ☐

Inoltre **esprimo il consenso** alla ASL3 a:(barrare le voci che interessano)

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • comunicare il mio ricovero e la sede a chi ne faccia richiesta; | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| • comunicare i dati personali, riguardanti il mio stato di salute | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

ai seguenti familiari/conviventi/persone di fiducia:

1) Cognome e Nome _____ n. di telefono _____

2) Cognome e Nome _____ n. di telefono _____

Chiedo infine che i dati sensibili inerenti il mio stato di salute mi siano resi noti per il tramite del personale medico dipendente od in consulenza designato dal Titolare del trattamento

ovvero

Del medico di mia fiducia Dott. _____ con studio in
_____ Via _____
_____ n. _____ designato dal sottoscritto.

Genova, ____/____/____

Firma del paziente

A cura dell'operatore incaricato:

Identificato l'interessato a mezzo C.I./Pat.....n.....

Rilasciata dail.....

Firma dell'operatore incaricato

1] Art. 75, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.: "Fermo restando quanto previsto dall'articolo 76, qualora dal controllo di cui all'art. 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera."

Art. 76, D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.: "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico e punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte".

[2] Precisare la qualità ed allegare documentazione comprovante la qualità.