



CASA DI CURA VILLA GARDA

MODULO CONSENSI MINORI - INTERDETTI

Soggetto interessato		
	<input type="checkbox"/> minore	<input type="checkbox"/> interdetto
CODICE FISCALE		

Soggetto firmatario				
	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore	<input type="checkbox"/> Ammin. di sostegno
CODICE FISCALE				

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, affisso in sala d'attesa e disponibile a richiesta presso il personale di front office, dichiaro di aver preso visione e compreso lo stesso, e

1. CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (e-mail, sms, ecc.) perché siano ricordati gli appuntamenti afferenti al minore/interdetto al seguente

- numero telefonico _____
- indirizzo e-mail _____:

Do il consenso

Nego consenso

2. ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA

In riferimento alla presenza negli studi di professionisti/osservatori esterni, durante la prestazione medica richiesta, e all'utilizzazione di dati aggregati e in forma anonima, compreso l'impiego di fotografie, per finalità scientifiche e di ricerca

Do il consenso

Nego il consenso

3. ATTIVAZIONE / ACCESSO / ALIMENTAZIONE DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

✓ In riferimento all'attivazione, all'accesso e all'alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico da parte della struttura:

Do il consenso

Nego il consenso

✓ In merito alla possibilità di inserire patologie o eventi clinici per i quali la legge riconosce in capo all'interessato una speciale tutela della riservatezza nel DSE (es. HIV, malattie genetiche):

Do il consenso

Nego il consenso



CASA DI CURA VILLA GARDA

4. INVIO REFERTAZIONE ON LINE SOLO PER ANALISI DI LABORATORIO

In relazione a quanto esposto nell'informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line al fine della consultazione sul sito web della **CASA DI CURA VILLA GARDA S.R.L.** dei referti medico-sanitari ovvero di ogni documentazione medica conseguente alle prestazioni richieste afferenti al minore/interdetto:

Do il consenso

Nego il consenso

5. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuove sedi, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere:

Do il consenso

Nego il consenso

* * *

_____, __/__/____

Firma _____