

Modulo consenso al trattamento dati tramite Dossier Sanitario Elettronico (DSE)



(articolo 6 pr.1 lett. a) e articolo 9 pr. 2 lett. a) Regolamento UE n. 2016/679)

Il sottoscritto / Il dichiarante, in nome e per conto dell'interessato sottoindicato (barrare la voce che non interessa) _____, nato a _____ il _____,

C.F.: _____ residente in _____, lette e compresa l'Informativa sul Dossier Sanitario Elettronico, ex artt. 13 e 14 del Reg. Ue 2016/679, a conoscenza del fatto che i dati sanitari e personali raccolti e detenuti vengono trattati in base ad obblighi di legge e per le funzioni istituzionali e pubblicitiche dell'ASUR Marche,

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO E AUTORIZZA FINO A DIVERSA INDICAZIONE

1) IL TRATTAMENTO DEI DATI FINALIZZATO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Autorizzo il trattamento dei miei dati di salute e personali acquisiti nel percorso di cura presso la Struttura per finalità di tutela della salute e della incolumità fisica e per le attività amministrative correlate a quelle di diagnosi e cura, autorizzo a rendere disponibili i miei dati inerenti prestazioni a fini di tutela della salute o incolumità fisica per la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico **SI** **NO**

2) L'ALIMENTAZIONE DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO CON PREGRESSO

Acconsento che nel mio Dossier Sanitario Elettronico siano consultabili tutte le informazioni riferite ad eventi sanitari accaduti prima della data odierna **SI** **NO**

Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il ___/___/_____ e residente in _____, in qualità di Tutore / Legale Responsabile / Amministratore di sostegno / familiare dell'interessato (cerchiare la voce che interessa), consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R. n. 445/00, dichiara sotto la propria responsabilità di esercitare la responsabilità legale nei confronti del cittadino sopra indicato.

Si allega copia del documento di identità del dichiarante

Firma del dichiarante.....

Nel caso il cittadino abbia validamente espresso il suo consenso, ma non sia in grado di apporre la propria firma la scelta può essere attestata da due testimoni

Per conto del cittadino - Firma (leggibile).....

Per conto del cittadino - Firma (leggibile).....

Luogo:..... Data attivazione DSE:...../...../.....

Firma (leggibile):.....