

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a,  
Nome e Cognome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo di Nascita \_\_\_\_\_  
Data di Nascita \_\_\_\_\_

Ricevuta, letta e compresa l' informativa relativa all' utilizzo dei miei dati personali (di cui all' art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Santa Ines srl secondo le finalità riportate di seguito:  
Registrazione cartella clinica pazienti; Gestione amministrativa in adempimento di obblighi fiscali e contabili; Analisi statistiche e psicometriche; Monitoraggio di gruppi a rischio; Diagnosi, cura e terapia pazienti, Attività di Fisioterapia, Assistenza ai pazienti ed in particolare per le pratiche di prenotazione ricovero (\*)

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all' esecuzione di un contratto di cui sono parte o all' esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta
- per l' esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all' esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Registrazione pazienti e gestione amministrativa; Analisi statistiche e psicometriche; Monitoraggio di gruppi a rischio; Adempimento di obblighi fiscali e contabili, invio dei referti anche a mezzo posta elettronica

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli particolari, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Dati particolari : Origini razziali - Origini etniche - Convinzioni religiose - adesione ad organizzazioni a carattere religioso; Dati relativi alla salute: Carte sanitarie- Stato di salute - patologie attuali - patologie pregresse - terapie in corso; Dati biometrici**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile se presto il consenso esplicito al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni di cui all' art. 9 par. 2 del DGPR 679/2016

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

**Registrazione Cartella clinica, Diagnosi, cura e terapia pazienti, Assistenza Prenotazioni Ricoveri**

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:  
Il mancato consenso impedisce l' espletamento dell' incarico professionale*

In relazione al trattamento dei miei dati personali relativamente alle seguenti finalità:

**Marketing, indagini di mercato e attività promozionali attraverso l' invio di materiale informative e/o pubblicitario**

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:  
Il mancato consenso comporta l' impossibilità di condurre attività di promozione dei servizi offerti dalla struttura.*

### Consenso per il trattamento dei suoi dati

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
COMUNE DI NASCITA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
IN QUALITÀ DI:

- [ ] PAZIENTE  
[ ] TUTORE DI: \_\_\_\_\_  
[ ] MADRE DI: \_\_\_\_\_  
[ ] PADRE DI: \_\_\_\_\_

COGNOME: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

COMUNE DI NASCITA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN QUALITÀ DI:

PAZIENTE

TUTORE DI: \_\_\_\_\_

MADRE DI: \_\_\_\_\_

PADRE DI: \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui uno dei due genitori non possa essere presente**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:

Lontananza  Impedimento  Incapacità naturale/legale  Altro \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Letta l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e riconosciuto che il trattamento dei miei dati personali o di quelli delle Persone Rappresentate effettuato per dare esecuzione ad adempimenti di natura amministrativa e fiscale strettamente connessi con la prestazione sanitaria richiesta non necessitano del mio consenso (ai sensi dell'art.6 b-c GDPR), dichiaro invece quanto segue:

( rilascio  non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per finalità di Marketing inerenti le attività della Clinica, indagini di mercato e attività promozionali attraverso l'invio di materiale informativo e/o pubblicitario

( rilascio  non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per l'invio di comunicazioni/informative a fine visita (es. sondaggio di gradimento)

( rilascio  non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per l'invio tramite email di copia non firmata del referto e al ritiro di eventuali CD ROM per il quale verrà inviato a mezzo mail il referto.

( rilascio  non rilascio) il consenso all'adesione di tessera convenzionamento (sconto) per alcune prestazioni erogate dalla clinica Santa Ines. ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La informiamo che i dati personali da Lei forniti o comunque acquisiti all'atto della sottoscrizione trattati nel rispetto della normativa vigente e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza da essa previsti.

( rilascio  non rilascio) il consenso al trattamento dei dati per finalità di Registrazione Cartella clinica, Diagnosi, cura e terapia pazienti, Assistenza Prenotazioni Ricoveri

Collegno, 02/02/2022

Firma: \_\_\_\_\_

Il presente modello è stato aggiornato in data 23/05/2018