



Modello 1.2

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO TRATTAMENTO DATI SENSIBILI PER IL MINORE**

**DATI IDENTIFICATIVI**

\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome del paziente*

\_\_\_\_\_  
*Luogo e data di nascita*

\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome della madre*

\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome del padre*

**INFORMAZIONI SULLA FINALITÀ E MODALITÀ DEL TRATTAMENTO**

I dati personali e/o sensibili che verranno richiesti all'atto di sottoporsi alle prestazioni sanitarie, obbligatori per legge, sono necessari ai fini dello svolgimento delle funzioni istituzionali e saranno utilizzati e conservati, nel rispetto della richiamata normativa, per fini sanitari ed amministrativi. I suddetti dati potranno essere archiviati sia su supporto cartaceo che magnetico.

Responsabile della Protezione dei Dati è l'identificato preposto secondo il Protocollo interno in vigore regolarmente revisionato e aggiornato (riferimento Direzione Generale)

I dati anagrafici, i referti e quant'altro necessario saranno comunicati, in base alle norme vigenti e per quanto di competenza, alle Aziende Sanitarie Locali e, previa specifica richiesta, all'autorità giudiziaria e ad ogni Ente destinatario per legge o per regolamento.

Qualora intendesse mantenere anonima la sua presenza all'interno dell'ospedale, sarà necessaria una Sua dichiarazione scritta.

I dati personali idonei a rilevare il suo stato di salute saranno notificati a Lei e alle persone da Lei specificatamente designate. I Suoi diritti in relazione al trattamento dei dati sono indicati dall'articolo 7 D.Lgs. 196/2003.

Acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'art.13 del D.Lgs n 196 del 30 giugno 2003, aggiornato al Regolamento UE 2016/679 ai sensi degli artt. 15 e ss. Capo III «Diritti dell'interessato» del Regolamento UE n. 679/16 nonché dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e successive modifiche, artt. 7 ed 8 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea 2012/C 326/02 e dal D.Lgs. 101/2018 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali e consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute

**esprime il proprio consenso**

al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione

**autorizza inoltre**

il personale medico a rilasciare notizie relative al proprio stato clinico alle seguenti persone:

a. i propri famigliari SI NO

b. il proprio Medico di Medicina Generale Dr: \_\_\_\_\_ SI NO

Firma di Interprete (nel caso sia necessaria la sua presenza) \_\_\_\_\_

Luogo e data.....