

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO
ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____,

in qualità di:

Tutore (Prov. n. _____ emesso da _____) dell'Interessato
Sig./ra _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____,

ovvero

Amministratore di sostegno (Prov. n. _____ emesso da _____)
dell'Interessato Sig./ra _____
nato/a _____ il _____, residente a
_____ Via _____

letta l'informativa, autorizzo al trattamento dei dati personali dell'Interessato stesso, per finalità di tutela della salute, dell'incolumità fisica dei terzi e della collettività, per finalità amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché – in forma anonima – a quelle di didattica, studio, ricerca scientifico-statistica ed epidemiologica nei limiti indicati dall'informativa suddetta.

Relativamente al Dossier Sanitario autorizzo:

- no** **si** Alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei dati dell'interessato relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no** **si** All'inserimento dei dati sanitari dell'Interessato relativi alle prestazioni pregresse eseguite negli ultimi 5 anni
- no** **si** All'utilizzo dei dati sanitari dell'Interessato in forma anonima, contenuti nel Dossier Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca.

Luogo e data _____

Firma del Tutore/ Amministratore di sostegno _____