

**MODIFICA DEL 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 nella quale è indicata la possibilità, se in precedenza si è negato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario dell'Interessato, di poter procedere in ogni momento ad autorizzarne la costituzione, a seguito del quale vi sarà il trattamento dei dati dell'Interessato 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 dell'Interessato **autorizzo:**

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

Luogo e data

Firma del Tutore/ Amministratore di Sostegno _____