



# Maugeri

**Espressione del consenso al trattamento dei dati personali del paziente effettuato da Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. S.B. nell'ambito delle prestazioni svolte, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e delle Linee guida del Garante in materia di Dossier Sanitario del 4 giugno 2015.**

Io sottoscritto (Cognome e Nome) ..... Nato a .....

il ...../...../..... Residente in ..... Via .....

C.F. .... Tel. .... email: .....

per sé

**OPPURE**

In qualità di:

Genitore titolare della responsabilità genitoriale (minori di 16 anni)

Tutore

Amministratore di sostegno

Altro: .....

Di (nome e cognome) ..... nato a..... il....., residente in....., via ..... C.F. ....,

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali tramite Dossier Sanitario e consapevole che il mio consenso è puramente facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento,

**ESPRIMO IL CONSENSO**

**NON ESPRIMO IL CONSENSO**

Alla **costituzione del Dossier Sanitario** e all'inserimento nello stesso dei miei dati personali per le finalità di cui all'informativa.

**ESPRIMO IL CONSENSO**

**NON ESPRIMO IL CONSENSO**

All'inserimento nel Dossier Sanitario degli eventi clinici pregressi la costituzione del medesimo (es. referti, visite ambulatoriali, ricoveri, documentazione da me fornita ovvero contenuta nei documenti prodotti dalla Struttura prima della data di rilascio del consenso).

**ESPRIMO IL CONSENSO**

**NON ESPRIMO IL CONSENSO**

All'inserimento nel Dossier Sanitario delle **informazioni soggette a maggior tutela** (informazioni relative ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, allo stato di sieropositività, all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, all'interruzione volontaria di gravidanza, al parto in anonimato).

Data.....

Firma leggibile .....