



## CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI E DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

L'interessato/a

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, nonché le informazioni relative ai diritti riconosciuti dagli artt. 15 e ss del Regolamento (UE) 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero delle "categorie particolari di dati personali" di cui all'art. 9, comma 1, del Regolamento citato, vale a dire i "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, nonché [...] dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

**In merito ai trattamenti di cui ai seguenti punti dell'Informativa resa sopra:**

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**

**Acconsente**                       **Non Acconsente**

**SE ACCONSENTE AL PUNTO PRECEDENTE: INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE) DEI DATI CLINICI PREGRESSI, O COMUNQUE FORMATI PRECEDENTEMENTE ALLA COSTITUZIONE DEL CONSENSO**

**Acconsente**                       **Non Acconsente**

**SE ACCONSENTE AL PUNTO PRECEDENTE: INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE) DI INFORMAZIONI DI NATURA PARTICOLARMENTE SENSIBILE, COSÌ COME ILLUSTRATI NELL'INFORMATIVA (Dati personali soggetti a maggior tutela: dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia, patologia HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcool, interruzione volontaria di gravidanza o parto in anonimato, ai servizi offerti dai consultori familiari)**

**Acconsente**                       **Non Acconsente**

Affinché il Titolare, l'Istituto Don Calabria - IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, proceda ai trattamenti dei propri dati personali e particolari, secondo le modalità e finalità risultanti dalla presente scheda informativa.

Il sottoscritto dichiara inoltre

che:                       **Desidera**                       **Non desidera**  
essere informato sul proprio stato di salute;

che:                       **Desidera**                       **Non desidera**  
che eventuali richiedenti/visitatori ricevano informazioni riguardanti la propria presenza nella Struttura.

Il sottoscritto autorizza i medici curanti ed il personale di assistenza a rilasciare notizie relative alle proprie condizioni di salute esclusivamente ai soggetti di seguito indicati:

- a nessuno;
- a tutti coloro che ne facciano richiesta;
- solo alle seguenti persone:

Il sottoscritto letta l'informativa presta il consenso per l'invio delle comunicazioni di cui alla lettera c) del paragrafo 1 "FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO"

**Acconsente**                       **Non Acconsente**

Dichiara infine di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei propri dati personali e particolari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, messa a disposizione presso la reception e sul sito web dell'Istituto Don Calabria - IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria all'indirizzo: [https://www.sacrocuore.it/wp-content/uploads/2021/03/Mod\\_A-46-Informativa.pdf](https://www.sacrocuore.it/wp-content/uploads/2021/03/Mod_A-46-Informativa.pdf)

Negrar di Valpolicella, li \_\_\_\_\_ **Firma per consenso** \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i., dichiaro altresì sotto la mia responsabilità di esercitare la potestà genitoriale, ovvero di essere il legale rappresentante della persona sopra indicata.

Firma \_\_\_\_\_



## CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI E DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

L'interessato/a

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, nonché le informazioni relative ai diritti riconosciuti dagli artt. 15 e ss del Regolamento (UE) 2016/679, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero delle "categorie particolari di dati personali" di cui all'art. 9, comma 1, del Regolamento citato, vale a dire i "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, nonché [...] dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

**In merito ai trattamenti di cui ai seguenti punti dell'Informativa resa sopra:**

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**

**Acconsente**  **Non Acconsente**

**SE ACCONSENTE AL PUNTO PRECEDENTE: INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE) DEI DATI CLINICI PREGRESSI, O COMUNQUE FORMATI PRECEDENTEMENTE ALLA COSTITUZIONE DEL CONSENSO**

**Acconsente**  **Non Acconsente**

**SE ACCONSENTE AL PUNTO PRECEDENTE: INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE) DI INFORMAZIONI DI NATURA PARTICOLARMENTE SENSIBILE, COSÌ COME ILLUSTRATI NELL'INFORMATIVA (Dati personali soggetti a maggior tutela: dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia, patologia HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcool, interruzione volontaria di gravidanza o parto in anonimato, ai servizi offerti dai consultori familiari)**

**Acconsente**  **Non Acconsente**

Affinché il Titolare, l'Istituto Don Calabria - IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, proceda ai trattamenti dei propri dati personali e particolari, secondo le modalità e finalità risultanti dalla presente scheda informativa.

Il sottoscritto dichiara inoltre

che:  **Desidera**  **Non desidera**  
essere informato sul proprio stato di salute;

che:  **Desidera**  **Non desidera**  
che eventuali richiedenti/visitatori ricevano informazioni riguardanti la propria presenza nella Struttura.

Il sottoscritto autorizza i medici curanti ed il personale di assistenza a rilasciare notizie relative alle proprie condizioni di salute esclusivamente ai soggetti di seguito indicati:

- a nessuno;  
 a tutti coloro che ne facciano richiesta;  
 solo alle seguenti persone:

Il sottoscritto letta l'informativa presta il consenso per l'invio delle comunicazioni di cui alla lettera c) del paragrafo 1 "FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO"

**Acconsente**  **Non Acconsente**

Dichiara infine di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei propri dati personali e particolari ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, messa a disposizione presso la reception e sul sito web dell'Istituto Don Calabria - IRCCS Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria all'indirizzo: [https://www.sacrocuore.it/wp-content/uploads/2021/03/Mod\\_A-46-Informativa.pdf](https://www.sacrocuore.it/wp-content/uploads/2021/03/Mod_A-46-Informativa.pdf)

Negrar di Valpolicella, li \_\_\_\_\_ **Firma per consenso** \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i., dichiaro altresì sotto la mia responsabilità di esercitare la potestà genitoriale, ovvero di essere il legale rappresentante della persona sopra indicata.

Firma \_\_\_\_\_

