



## CONSENSO INFORMATO E PRIVACY PER UTENTI

### ☐ TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

Gentile Utente, desideriamo informarla ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 il Titolare del trattamento dati ha provveduto ad informarla in merito al trattamento dei suoi dati personali che è lecito nella misura in cui sono trattati esclusivamente per adempimenti connessi al raggiungimento di una o più finalità determinate ed esplicitamente connesse alla cura della salute ed effettuata da o sotto la responsabilità di un professionista sanitario soggetto al segreto professionale o altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza; mentre è possibile trattare dati sanitari solo con il consenso dell'intestatario per:

Per la consultazione del Fascicolo sanitario elettronico	<input type="checkbox"/> Presto il consenso - <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Consegna del referto on-line	<input type="checkbox"/> Presto il consenso - <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Utilizzo di app mediche	<input type="checkbox"/> Presto il consenso - <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Fidelizzazione della clientela	<input type="checkbox"/> Presto il consenso - <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Finalità promozionali	<input type="checkbox"/> Presto il consenso - <input type="checkbox"/> Nego il consenso
Finalità elettorali	<input type="checkbox"/> Presto il consenso - <input type="checkbox"/> Nego il consenso

.....

### ☐ CONSENSO INFORMATO CLINICO ALL'ATTO SANITARIO

Gentile Utente, dopo aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente relativa ai vantaggi del trattamento proposto, alle possibili controindicazioni, all'esperienza della struttura e alle eventuali alternative offerte da altre sedi e informato che ogni trattamento sanitario comporta rischi, dichiaro liberamente ed in piena coscienza di

Accettare -  Non accettare

l'atto sanitario proposto:

\_\_\_\_\_

.....

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ luogo di nascita: \_\_\_\_\_

FIRMA INTERESSATO\* \_\_\_\_\_

Luogo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* Per i minorenni firma del genitore o di chi esercita la patria potestà.