



CASA DI CURA VILLA GARDA

MODULO CONSENSI MINORI - INTERDETTI

Soggetto interessato		
	<input type="checkbox"/> minore	<input type="checkbox"/> interdetto
C.F.		

Soggetto firmatario			
	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore
C.F.			

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, affisso in sala d'attesa e disponibile a richiesta presso il personale di front office, dichiaro di aver preso visione e compreso lo stesso, e

1. CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (e-mail, sms, ecc.) perché siano ricordati gli appuntamenti afferenti al minore/interdetto al seguente

- numero telefonico _____
- indirizzo e-mail _____:

Do il consenso

Nego consenso

2. ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA

In riferimento alla presenza negli studi di professionisti/osservatori esterni, durante la prestazione medica richiesta, e all'utilizzazione di dati aggregati e in forma anonima, compreso l'impiego di fotografie, per finalità scientifiche e di ricerca

Do il consenso

Nego il consenso

3. ATTIVAZIONE / ACCESSO / ALIMENTAZIONE DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

✓ In riferimento all'attivazione, all'accesso e all'alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico da parte della struttura:

Do il consenso

Nego il consenso

✓ In merito alla possibilità di inserire patologie o eventi clinici per i quali la legge riconosce in capo all'interessato una speciale tutela della riservatezza nel DSE (es. HIV, malattie genetiche):

Do il consenso

Nego il consenso



CASA DI CURA VILLA GARDA

4. INVIO REFERTAZIONE ON LINE SOLO PER ANALISI DI LABORATORIO

In relazione a quanto esposto nell'informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line al fine della consultazione sul sito web della **CASA DI CURA VILLA GARDA S.R.L.** dei referti medico-sanitari ovvero di ogni documentazione medica conseguente alle prestazioni richieste afferenti al minore/interdetto:

Do il consenso

Nego il consenso

Al fine della ricezione della password necessaria per scaricare il referto afferente alla prestazione sanitaria erogata, richiedo che la stessa sia comunicata tramite la seguente utenza telefonica: _____

5. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuove sedi, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere:

Do il consenso

Nego il consenso

* * *

_____, ____/____/____

Firma _____