

	CONSENSO PAZIENTE Reg. UE 2016/679	Rev. 02 del 27.11.2023
---	---	------------------------

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In applicazione del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali Dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei Dati), e dal D.lgs. 196/2003, come modificato dal D.lgs. 101/2018 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679”.

Il/la sottoscritto/a:

nato/a a: il

codice fiscale:

recapito telefonico:, email:

per sé

oppure

in qualità di:

- tutore
- esercente la potestà genitoriale
- Amministratore di sostegno
- Legale rappresentante
- Altro (specificare): _____

Di (nome e cognome)

nato/a a: il

codice fiscale:

recapito telefonico:, email:

	CONSENSO PAZIENTE Reg. UE 2016/679	Rev. 02 del 27.11.2023
---	---	------------------------

Con la sottoscrizione del presente modulo **dichiara di aver preso visione e compreso chiaramente l'Informativa per il trattamento dei dati personali del Paziente, Rev.02 del 25.11.2023**, consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, con la sottoscrizione del presente modulo, ai sensi e per gli effetti dell'13 del Regolamento UE 679/2016, e con la presente,

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. a informare soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) - (da riportare nella tabella sotto indicata) sul Suo stato di salute, con riferimento a propri dati di diagnosi, patologie, terapie, necessità di interventi chirurgici, trattamenti post operatori, in generale servizi connessi al trattamento sanitario:

<input type="checkbox"/> Al proprio medico curante			
<input type="checkbox"/> Nessuno			
<input type="checkbox"/> Alle seguenti persone			
Grado di parentela/Relazione	Cognome	Nome	Recapito

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. a informare soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) - (da riportare nella tabella sotto indicata) – in caso di ricovero – della Sua presenza in Struttura.

<input type="checkbox"/> Al proprio medico curante			
<input type="checkbox"/> Nessuno			
<input type="checkbox"/> Alle seguenti persone			
Grado di parentela/Relazione	Cognome	Nome	Recapito

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. a comunicare, in modalità cartacea e/o telematica, i Suoi Dati Personali a compagnie assicurative private, che ne facciano richiesta al fine di gestire pratiche relative a polizze assicurative da Lei stipulate. Solo in caso di Sua richiesta e conferimento del Suo espresso e distinto consenso, potranno essere oggetto di comunicazione anche dati garantiti da maggior tutela dell'anonimato (ad esempio, dati relativi a infezione da HIV, interruzione volontaria della

	CONSENSO PAZIENTE Reg. UE 2016/679	Rev. 02 del 27.11.2023
---	---	------------------------

gravidanza, etc.). In tal caso, i dati saranno trasmessi previa apposita cifratura ed esclusivamente tramite canali protetti da adeguate misure di sicurezza;

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. all'utilizzo dei recapiti telefonici da Lei forniti di utenza fissa o mobileper la comunicazione di messaggi (anche a mezzo SMS) per comunicazioni inerenti prestazioni da Lei richieste;

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. all'utilizzo del domicilio digitale (casella di posta elettronica) da Lei fornitoper la refertazione e per comunicazioni inerenti prestazioni da Lei richieste;

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. al trattamento di dati personali per finalità di ricerca medica, biomedica ed epidemiologica ex art. 89 Regolamento UE 679/2016;

autorizza **non autorizza** I.N.M. Neuromed S.p.A. - I.R.C.C.S. a inviare comunicazioni riferite a eventi/attività promozionali operati dalla nota struttura sanitaria o da altre strutture sanitarie fra le quali la promozione del 5 x 1000 a favore della I.R.C.C.S. INM Neuromed.

Letto, compreso, confermato e sottoscritto
Pozzilli (IS), li:

Firma dell'interessato (per esteso e leggibile)

.....