



ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"
PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

Medaglia d'oro della Scuola, della Cultura e dell'Arte D.P.R. 02/06/1954

Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica D.P.R. 8/12/2007

Sistema Gestione Qualità : Norma ISO 9001:2015 - Certificato IMQ/CSQ - N° Certif. 9122.LVAC

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DAI PERSONALI E PARTICOLARI - CONSENSO
ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

Tutore Legale rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale Genitore 1 Genitore unico

Io sottoscritto, Genitore 2 (nome e cognome _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

presente assente, ma è INFORMATO e AUTORIZZA a procedere per il proprio figlio/a

di (**nome e cognome dell'utente**) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____ C.F. □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

Dichiaro esplicitamente di aver letto e compreso l'informativa, ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e degli artt. 13-14 del Regolamento UE 679/2016 sul trattamento informatizzato e non dei dati personali e particolari posto in essere dall'Istituto Leonarda Vaccari e di esprimere liberamente il consenso al trattamento.

ACCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003 E SS.MM.II E DEL REGOLAMENTO UE 679/2016 (GDPR).

Si Firma _____ No Firma _____

ACCONSENSO A FORNIRE I DATI RICHIESTI PER POTER OTTENERE L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI MEDICHE ADEGUATE.

Si Firma _____ No Firma _____



ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"
PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLO STESSO CON DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

Si Firma _____ No Firma _____

ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI

Si Firma _____ No Firma _____

ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESSE LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE E/O FILMATE, OGGETTO DEL TRATTAMENTO, RESE ANONIME, POSSANO ESSERE UTILIZZATE PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA, FORMAZIONE E STUDIO

Si Firma _____ No Firma _____

ACCONSENTO CHE I MIEI DATI PERSONALI POSSANO ESSERE COMUNICATI A MEDICI SOSTITUITI, LABORATORIO ANALISI, MEDICI SPECIALISTI, FARMACISTI, AZIENDE OSPEDALIERE, CASE DI CURA PRIVATE E FISCALISTI, IN QUALITÀ DI RESPONSABILI ESTERNI;

Si Firma _____ No Firma _____

ACCONSENTO A DI CHIEDERE L'AGGIORNAMENTO, LA RETTIFICA, L'INTEGRAZIONE E LA CANCELLAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI

Si Firma _____ No Firma _____

ACCONSENTO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI INFORMATIVE RELATIVE ALLE ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO;

Si Firma _____ No Firma _____

AUTORIZZA IL NOSTRO PERSONALE SANITARIO A FORNIRE NOTIZIE RELATIVE ALLA SALUTE AD ALTRI FAMILIARI O CAREGIVER:

NOME E COGNOME **IN QUALITÀ DI**
..... **GRADO DI PARENTELA** **FOTOCOPIA DEL**
DOCUMENTO DI IDENTITÀ.....

NON AUTORIZZA A FORNIRE NOTIZIE RELATIVE ALLA SALUTE AD ALTRI FAMILIARI O CAREGIVER

SONO CONSAPEVOLE CHE

- Il diniego alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico comporta che lo stesso non verrà costituito;
- Il diniego all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati sanitari pregressi comporta che il Dossier Sanitario Elettronico conterrà solo le informazioni sanitarie prodotte dalla data di rilascio del consenso alla costituzione del DSE.
- Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000).

Alla consegna del consenso presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.



**ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”
PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI**

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

DICHIARA contestualmente di aver acquisito e compreso ***l’Informativa Regolamento UE 679/2016*** e di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati “sensibili” cioè idonei a rivelare lo stato di salute (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell’interessato).1

Ove necessario è possibile avere chiarimenti in merito al seguente consenso contattando il Data Protection Officer (DPO) dott.ssa Anna Maria Ciotta

Email: dpo@leonardavaccari.it

Rec tel 06.375930228

luogo e data

Firma (estesa e leggibile)