

Modulo per il consenso al trattamento dei dati personali

(Articolo 6 co.1 lett. a) e articolo 9 co.2 lett. a) Regolamento UE n. 2016/679)

CHI SIAMO

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: Medical Point Ancona S.r.l.
Sede: Via Trieste 21, 60124 Ancona (AN)
Tel. / FAX: Tel 071.3580435
e-mail / PEC: medicalpointan@legalmail.it
Sito web: <https://medicalpoint.one/>

RESPONSABILE PROTEZIONE DATI: Tecnob S.r.l. - Riferimento Dino Elisei
Tel. / FAX: 071.9202848 / 071.9203660
e-mail / PEC: dpo@tecnob.it / amministrazione@pec.tecnob.it

Il sottoscritto interessato:

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo e Città di residenza: _____

Data di accesso sanitario o ricovero: _____

o in caso di tutore/ legale rappresentante/amministratore di sostegno/familiare dell'interessato (sottolineare la voce che interessa), effettuare la seguente:

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo e Città di residenza: _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76D.P.R. n.445/00, dichiara sotto la propria responsabilità di esercitare la potestà nei confronti del paziente sopra indicato. Si allega copia del documento di identità del dichiarante.

Firma del dichiarante (d'ora in poi interessato) _____

Nel caso, invece, il paziente possa validamente esprimere il Suo consenso, ma non sia in grado di apporre la propria firma, le sue scelte potranno essere attestate da due testimoni che possono firmare per lui.

Per conto dell'interessato - Firma (leggibile) _____

Per conto dell'interessato - Firma (leggibile) _____

- Ricevuta e compresa l'informativa di cui agli artt. 13 – 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (d'ora in poi GDPR), in ogni sua parte;
- A conoscenza del fatto che i dati sanitari e personali raccolti per le funzioni istituzionali e pubblicitarie di competenza dell'azienda, oltre che per gli obblighi di legge, non necessitano di consenso per il loro trattamento;
- Preso atto che invece il consenso è richiesto per i punti **1-2** di suddetta informativa:

1. Comunicazioni ai familiari:

Il Suo consenso è necessario per comunicare ai parenti, familiari, conviventi, uniti civilmente o conoscenti le informazioni sulla Sua presenza nella struttura sanitaria e sulle Sue condizioni di salute:

Esprimo il mio consenso Non esprimo il mio consenso

(Facoltativo) Indicare eventualmente quali soggetti:

2. Servizio di consultazione gratuita ed estrazione del referto on-line

Per poter offrire il servizio di refertazione via web ci serve un apposito consenso. In tal caso verrà abilitato al servizio gratuito di consultazione-estrazione dei referti di laboratorio tramite il sito web aziendale e riceverà una username e una password per accedere al sistema:

Esprimo il mio consenso Non esprimo il mio consenso

Luogo e data

Firma dell'Interessato _____