



TIMBRO DELLA U.O.



da compilare
a cura del
paziente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI MEDIANTE DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

Il/La sottoscritto/a Cognome Nome
nato/a, il, Tel

D I C H I A R A

Di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali mediante Dossier Sanitario Elettronico (DSE).

E

Di manifestare il consenso alla costituzione del proprio Dossier Sanitario Elettronico (DSE).

Di manifestare il consenso all'inserimento nel DSE dei dati clinici precedenti alla data della presente.

Ovvero:

Di negare il consenso alla costituzione del proprio Dossier Sanitario Elettronico (DSE).

Ancona, lì FIRMA DEL DICHIARANTE

Nel caso di paziente minore o interdetto o nei casi in cui la manifestazione di consenso viene resa da persona diversa dall'interessato, l'esercente la patria potestà o il legale rappresentante ovvero la persona, diversa dal paziente, chiamata a manifestare il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute mediante DSE, sottoscrive la seguente:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto, nato a, il,
consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R.
445/2000, in riferimento
al paziente, nato a, il,
dichiara sotto la propria responsabilità:

- ☐ di esercitare la potestà genitoriale nei confronti del minore sopra indicato (1)
- ☐ di essere il legale rappresentante del paziente sopra indicato (1)

FIRMA DEL DICHIARANTE

(1) Il consenso viene reso da persona diversa dall'interessato nei casi in cui il paziente è impossibilitato a dare il proprio consenso. In caso di minori, raggiunta la maggiore età, deve essere acquisito –al primo contatto utile– nuovamente il consenso informato dell'interessato divenuto maggiorenne.