

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO E MODALITA' DI
COMUNICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE (Regolamento UE 679/2016)**

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____ nato/a
_____, il _____ Tel./Cell. _____

D I C H I A R A

Di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario;

- 1) ☐ Di manifestare il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria delle Marche tramite App mediche o Servizi/Applicazioni connesse all'utilizzo di dispositivi, per finalità diverse dalla telemedicina;
- 2) ☐ Di manifestare il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria delle Marche per fini di successiva ed eventuale ricerca scientifica e/o statistica (anche in campo medico/biomedico/epidemiologico) esclusivamente con riferimento a studi di tipo retrospettivo (vale a dire basati su dati contenuti nella documentazione sanitaria formata all'atto del suo ricovero/prestazione e raccolta originariamente per finalità di cura) e laddove non sia possibile in alcun modo essere contattato/o ricontattato e nel rispetto delle disposizioni normative in ambito di ricerca scientifica (anche in ambito medico, biomedico ed epidemiologico) e/o statistica, in relazione alla seguente:

- *tipologia di ricerca (da compilare a cura del professionista sanitario)*

(N.B. specificare la tipologia in modo puntuale secondo quanto allo stato noto ed in particolare l'ambito in cui la ricerca viene effettuata e i suoi obiettivi):

- 3) ☐ Di essere consapevole che il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;

➤ Di dare il consenso al rilascio di notizie sulla dislocazione del suo attuale ricovero

☐ **SI**

☐ **NO**

(la scelta va fatta solo in caso di ricovero)

➤ Di dare il consenso affinché le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

☐ Coniuge Tel ☐ Figli Tel

☐ Genitori Tel ☐ Altri Tel

☐ Nessuno ☐ Chiunque

☐ **SI**

☐ **NO**

Ancona, lì FIRMA DEL DICHIARANTE

Nel caso di paziente incapace (maggiore di età o minore) la persona legittimata al rilascio del consenso sottoscrive la seguente:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art.76 del medesimo DPR 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
- ☐ di essere tutore
- ☐ di essere curatore
- ☐ di essere amministratore di sostegno
- ☐ altro (specificare la legittimazione a sottoscrivere in nome e per conto dell'interessato)

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

1) Si allega copia documento d'identità in corso di validità del dichiarante