

**CONSENSI AL TRATTAMENTO DATI E DOSSIER
SANITARIO ELETTRONICO (Degenze)**

Modello

PRY_3.1

Revisione 04

01/10/2026

Il sottoscritto

Etichetta

C.F.

Nel caso in cui l'interessato sia un minore o interdetto

In qualità di

☐ Genitore☐ Tutore☐ Curatore☐ Ammin. di sostegno

Di:

C.F.

***le eventuali comunicazioni per cui viene fornito il consenso dovranno essere inoltrate ai seguenti contatti**

E-MAIL: _____

TELEFONO: _____

In relazione a quanto esposto nell'informativa affissa nei locali aziendali e consultabile sul sito internet istituzionale e ai sensi dell'art. 4 par. 11 e dell'art. 7 del Reg. UE 2016/679 viene richiesto di esprimere il consenso o meno in relazione ai seguenti trattamenti:

Acconsento Nego☐☐

Do il consenso alla rilevazione dei dati biometrici collegati alla possibilità di registrare i miei consensi tramite il supporto della tavoletta grafometrica in modo da rendere la sottoscrizione a me riconducibile in modo univoco.

☐☐

Attività di "divulgazione e informazione" in ambito sanitario mediante l'invio di comunicazioni all'interessato attraverso posta elettronica e/o SMS

☐☐

Invio di avvisi/promemoria della prestazione sanitaria

☐☐

Refertazione on-line (**per eventi futuri successivi al periodo di degenza**)

☐☐

Comunicazione stato di salute e presenza in struttura a terzi

☐ Coniuge☐ Figli☐ Enti
assicurativi☐ Altri soggetti: _____

Recapito: _____

☐☐

Attivazione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) per le finalità indicate nell'informativa

☐☐

Inserimento eventi sanitari precedenti all'attivazione del DSE

☐☐

Inserimento nel DSE di patologie o eventi clinici per i quali la legge riconosce in capo all'interessato una speciale tutela della riservatezza (infezione da HIV, dipendenza da alcool o droga, interruzione volontaria della gravidanza, violenza sessuale e pedofilia, parto anonimo)

☐☐

Contatto per essere inserito in progetti di ricerca statistica, scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico e di sperimentazione clinica

Verona, ____/____/____

Firma _____