

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER RICOVERO DEL MINORE*

(ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 “GDPR”)

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, residente a _____ Via _____, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____ nato/a _____ il _____, ricoverato presso la struttura _____, vista l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n.679/2016) predisposta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

acconsente

al trattamento dei dati personali del suddetto Interessato per le finalità istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale e per le finalità di ricerca finalizzata all'assistenza sanitaria, nei limiti indicati dall'informativa suddetta.

Pisa, il _____ Il Genitore _____

=====

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, residente a _____ Via _____, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____ nato/a _____ il _____, ricoverato presso la struttura _____, vista l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n.679/2016) predisposta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Autorizza

il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana a dare informazioni sullo stato di salute del suddetto Interessato ai soggetti di seguito indicati:

- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Nessuno
- Chiunque
- Altro _____

Pisa, il _____ Il Genitore _____

=====

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____, residente a _____ Via _____, in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore _____ nato/a _____ il _____, ricoverato presso la struttura _____, vista l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n.679/2016) predisposta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Autorizza

il personale dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, a dare informazioni sulla propria presenza nella struttura ospedaliera ai soggetti di seguito indicati:

- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Nessuno
- Chiunque
- Altro _____

Pisa, il _____ Il Genitore _____

*Da conservarsi in cartella clinica

**i pazienti minorenni che abbiano compiuto 16 anni possono firmare personalmente il presente modulo di consenso al trattamento dei dati personali