



**MODIFICA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____ n° _____,

letta l'informativa nella quale è indicata la possibilità di modificare in qualsiasi momento i consensi già rilasciati in precedenza e poter quindi procedere ad autorizzare la costituzione del Dossier Sanitario, a seguito del quale vi sarà il trattamento dei miei dati di salute per finalità di tutela della salute, dell'incolumità fisica dei terzi e della collettività, per finalità amministrative correlate a quelle di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché – in forma anonima – a quelle di didattica, studio, ricerca scientifico-statistica ed epidemiologica nei limiti indicati dall'informativa suddetta.

Relativamente al Dossier Sanitario autorizzo:

- no sì alla costituzione del mio Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei miei dati relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no sì all'inserimento dei miei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse
- no sì all'utilizzo dei miei dati sanitari in forma anonima, contenuti nel Dossier Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca
- no sì Accessi in pronto Soccorso
- no sì Interventi
- no sì Accessi in ospedale per ricovero o Day Hospital
- no sì Referti anatomia patologica
- no sì Referti di esami di laboratorio
- no sì Referti di radiodiagnostica
- no sì Ricerca Scientifica correlata alla patologia per cui mi sono rivolto ad AOUS
- no sì Rendere disponibile l'esame radiologico odierno e il referto ai medici degli altri Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta Sud Est che si occuperanno anche in futuro della mia salute

Luogo e data _____

Firma _____