



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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, 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 dell'interessato, a seguito del quale vi  
sarà il trattamento dei 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 la costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei dati relativi  
alle prestazioni sanitarie **odierne** e **future**, come da voci sottoelencate
- no  sì l'inserimento dei dati sanitari relativi alle prestazioni **pregresse**, come da voci  
sottoelencate
- no  sì Accessi in pronto Soccorso
  - no  sì Interventi
  - no  sì Visione Accettazione Dimissione Trasferimento
  - no  sì Cartelle cliniche elettroniche relative a ricoveri e prestazioni  
ambulatoriali
  - no  sì Referti anatomia patologica
  - no  sì Referti di esami di laboratorio
  - no  sì Referti di radiodiagnostica
  - no  sì A rendere disponibile l'esame radiologico odierno e relativo referto ai  
medici degli altri Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta Sud Est che si  
occuperanno anche in futuro della salute di mio/a figlio/a
- no  sì l'utilizzo dei dati sanitari in forma anonima, contenuti nel Dossier Sanitario  
Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Nel caso di firma da parte di uno solo dei genitori, questi attesta sotto la propria responsabilità  
l'impossibilità a firmare da parte dell'altro genitore.