



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO  
ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, in qualità di:

- Tutore (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_)

**ovvero**

- Amministratore di sostegno (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_)

**dell'Interessato**

**sig./ra** \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, letta l'informativa,

autorizzo al trattamento dei dati personali dell'Interessato stesso, 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 dell'interessato
- 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 Tutore/ Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_