



**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 _____