



**MODIFICA DEL 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 _____, resid
ente a _____ Via _____

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 alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei dati relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no sì all'inserimento dei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse
- no sì all'utilizzo dei 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 salute dell'interessato

Luogo e data _____

Firma _____