



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 oc-
cuperanno 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



Autorizzo:

no sì a fornire informazioni sulla presenza dell'Interessato nella struttura

Dichiaro inoltre che:

Informato dal/dalla Dott./Dottoressa _____
del reparto _____

le notizie sullo stato di salute dell'Interessato possono essere fornite alle seguenti persone:

- _____ Tel. _____
- _____ Tel. _____
- Nessuna persona

Luogo e data _____

Firma del Tutore/ Amministratore di sostegno _____