



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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

letta l'informativa per la costituzione del mio Dossier Sanitario che prevede il trattamento dei miei 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 mio Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei miei dati relativi alle prestazioni sanitarie **odierne** e **future**, come da voci sottoelencate
- no  sì l'inserimento dei miei 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 disponibili gli esami e i referti prodotti in occasione di questo accesso ai medici di questa Azienda che si occuperanno della mia salute in caso di un successivo accesso
  - no  sì a rendere disponibili gli esami e i referti prodotti in occasione di questo accesso ai medici dell'Azienda USL Toscana Sud Est che si occupano e che si occuperanno anche in futuro della mia salute, in caso di un



successivo accesso presso le strutture di questa Azienda e anche a fini di teleconsulenza

- no  sì l'utilizzo dei miei dati sanitari in forma anonima, contenuti nel Dossier Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca

**Autorizzo:**

- no  sì a fornire informazioni sulla mia presenza nella struttura

**Dichiaro** inoltre che:

Informato dal/dalla Dott./Dottoressa \_\_\_\_\_

del reparto \_\_\_\_\_

le notizie sul mio stato di salute possono essere fornite alle seguenti persone:

- \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_
- Nessuna persona

Siena,

Firma \_\_\_\_\_