



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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,

in qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, letta l'informativa, autorizzo al trattamento dei  
dati personali di mio figlio/a, 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 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 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 di mio figlio/a nella struttura

**Dichiaro** inoltre che:

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

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

le notizie sullo stato di salute di mio figlio / a possono essere fornite alle seguenti persone:

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nessuna persona

Siena,

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Nel caso di firma da parte di uno solo dei genitori, questi attesta sotto la propria responsabilità l'impossibilità a firmare da parte dell'altro genitore.