



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 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 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 \_\_\_\_\_