

Gentile Signore/a,

ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 noto come GDPR le chiediamo di rilasciarci il consenso a raccogliere alcuni dati personali. Il conferimento dei dati e quindi il consenso alla raccolta sono facoltativi: tuttavia alcuni di questi

dati, come spiegato nell'informativa in suo possesso, sono obbligatori per poter erogare la prestazione sanitaria. Altri dati sono invece facoltativi, ma possono risultare utili per semplificare o accelerare alcune operazioni accessorie e possono essere utilizzate per comunicazioni istituzionali.

Io sottoscritto/a (nome e cognome dell'interessato)

Nato/a il a ()

Nazione..... Residente a..... ()

Via CAP.....

- avendo, ai sensi del Regolamento Europeo Privacy noto come GDPR, letto attentamente l'informativa rev.0 del 01/07/2018 e ricevuto le informazioni richieste sul trattamento dei dati personali e sensibili;
- preso atto della necessità del conferimento del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili per la regolare erogazione della prestazione sanitaria richiesta;

A) PARTE OBBLIGATORIA per l'erogazione della prestazione

esprimo liberamente pieno ed incondizionato **consenso** al trattamento dei miei dati personali, ed in particolare di quelli che rientrano nel novero dei dati "sensibili", a favore della casa di Cura Privata "Villa Margherita SpA" e di quanti legittimamente operano presso la struttura in suo nome e conto per le finalità individuate al punto 1° della citata informativa

B) PARTE FACOLTATIVA (si prega di indicare con una X tutte le attività che si intendono autorizzare o meno)

Premesso che la disponibilità di un mio recapito telefonico o di posta elettronica non è strettamente necessaria all'erogazione della prestazione, ma può risultare molto utile per accelerare o semplificare le modalità di conferma della prenotazione, di erogazione della prestazione, di consegna/ritiro del referto (o anche per agevolare le operazioni di follow-up del paziente) **acconsento**, espressamente alle seguenti operazioni accessorie e/o occasionali:

	SI	NO
1. trattamento dei miei recapiti telefonici..... ed utilizzo delle comunicazioni telefoniche per conferma degli appuntamenti, disdetta, spostamenti, acquisizione o comunicazione di ulteriori informazioni in merito alla prestazione richiesta o al rispetto della preparazione a determinati tipi di esami e/o accertamenti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. invio di e-mail per le sole operazioni e le finalità di cui al punto 1a, al seguente indirizzo di posta elettronica:;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Possibilità per il personale autorizzato di consultare il suo Dossier Sanitario Elettronico per le sole finalità espresse al punto 1.a della informativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. invio di materiale informativo, illustrativo, pubblicitario o commerciale (inviti per screening gratuiti, invio di buoni sconto per determinati pacchetti di prestazioni, agevolazioni per particolari categorie di pazienti, inviti per giornate di formazione, brochure, depliant, carta dei servizi, elenco delle assicurazioni e mutue private convenzionate, nuove prestazioni convenzionate, , etc.) circa i servizi e le prestazioni sanitarie erogate dalla Casa di Cura "Villa Margherita SpA", con una qualsiasi delle forme di comunicazione di cui ai punti precedenti (posta, telefono, e-mail, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Firma dell'interessato

.....

.....

Nel caso in cui l'interessato non possa" prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (articolo 24, D.Lgs. 196/2003).

Data

**Firma del genitore, del congiunto
o di qualsiasi altro legittimo Tutore**

.....