

A.I.A.S.

Associazione Italiana Assistenza Spastici

ENTE RICONOSCIUTO GIURIDICAMENTE CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N.1070 DEL 28/05/1968

Sezione di San Filippo del Mela – O.N.L.U.S.

cod. Fiscale 01952490835

Partita I.V.A. 02142110838

MOD. C

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI MEDIANTE COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO - Reg. UE 2016/679

Io sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____/____/____ C.F. _____

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore Legale Rappresentante Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale Altro _____

di (nome e cognome) _____

nato a _____ il ____/____/____ C.F. _____

residente a (Comune, Provincia, Stato) _____

in via (indirizzo) _____

Dichiaro esplicitamente di aver letto e compreso l'informativa, ex art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento informatizzato e non dei dati personali e particolari posto in essere dall'A.I.A.S. sez. San Filippo del Mela – Onlus e pertanto

ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLO STESSO CON DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI Firma _____

NO Firma _____

ACCONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI

SI Firma _____

NO Firma _____

SONO CONSAPEVOLE CHE

- il diniego alla costituzione del DSE comporta che lo stesso non verrà costituito;
- il diniego all'inserimento nel DSE dei dati sanitari pregressi comporta che lo stesso conterrà solo le informazioni sanitarie prodotte dalla data del rilascio del consenso alla costituzione del DSE;
- le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000)

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

_____ luogo e data

_____ Firma estesa e leggibile

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea: Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____