

MODULO C: DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA
Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891
telefono: +39 0931.724111 (centralino)
pec: direzione.generale@pec.asp.sr.it - url: www.asp.sr.it

L' assistito/a: Nome _____ Cognome _____

nato/a a _____ il _____ residente in _____

in via _____, in qualità di interessato al trattamento dei dati personali, avvalendomi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARO

di aver acquisito e compreso l'Informativa dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (pubblicata anche sul sito www.asp.sr.it, sezione "Amministrazione trasparente") e di essere consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e i dati ritenuti indispensabili per la fornitura di presidi e protesi e/o l'erogazione di prestazioni riabilitative:

presta il consenso al trattamento dei dati (anche particolari/sensibili) per le finalità suddette

non presta il consenso al trattamento dei dati (anche particolari/sensibili) per le finalità suddette

(il rifiuto a prestare il consenso comporta l'impossibilità ad eseguire la prestazione sanitaria richiesta)

• **Autorizzo a fornire informazioni sulla mia salute e/o presentare istanze e/o ritirare referti/autorizzazioni per i presidi/ausili e/o prestazioni riabilitative:**

Nessuno

Familiari/Altro (nome e cognome) _____

Data e luogo di nascita _____

Estremi documento _____

Li _____ / _____ / _____

Firma leggibile dell' assistito

• **Nel caso di minore, di inabilità e/o impossibilità alla firma dell'assistito si chiede la firma del:**

Genitore Coniuge Convivente Prossimo Congiunto Rappresentane Legale identificato come:

Sig. _____ Documento in corso di validità _____

_____ n° documento _____ Rilasciato da _____

_____ con scadenza il _____

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questa ASP di Siracusa salvo revoca e/o modifica.

Li _____ / _____ / _____

Firma per esteso

(Genitore, Coniuge, Convivente, Prossimo
Congiunto, Rappresentane Legale)