



**PAZIENTE  
AMBULATORIALE/RICOVERATO  
MODULO DI CONSENSO**

**CODICE:**  
022/Mod19/Rev.002

Il sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
 per sé  
 oppure in qualità di:  Tutore o curatore  Amministratore di sostegno  
 Prossimo congiunto, convivente, familiare  
 Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato  
 Titolare della responsabilità genitoriale  
 Fiduciario  
del soggetto interessato (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Letta e compresa l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, pubblicata anche sul sito <https://www.asl.novara.it> e consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca, relativamente:

1- Al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria di Novara, Titolare del trattamento, per le finalità di comunicazioni delle informazioni relative allo stato di salute del soggetto interessato a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.) di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

Acconsente

Non acconsente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_; Firma \_\_\_\_\_  
(Firma estesa e leggibile)

2- Al trattamento dei propri dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria di Novara, Titolare del trattamento, relativamente alla comunicazione di notizie e informazioni relative al ricovero del soggetto interessato presso le Strutture dell'ASL NO a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.), di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

Acconsente

Non acconsente

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_; Firma \_\_\_\_\_  
(Firma estesa e leggibile)