



**MODULO DI CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO
AI SENSI DEL GDPR 2016/679**

COD:
022/Mod/19/Rev.001

Il sottoscritto (nome e cognome) _____
nato a _____ il _____, C.F. _____
residente in _____ Via/Piazza _____, n. _____,
presente presso la S.C/S.S./U.O. _____

- per sé oppure in qualità di:
- Tutore o curatore
 - Amministratore di sostegno
 - Prossimo congiunto, convivente, familiare
 - Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
 - Genitore (padre/madre), esercente la responsabilità genitoriale congiunta esclusiva

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 "Il Regolamento o GDPR", 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:

- 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 al proprio stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.) di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

Acconsente Non acconsente

_____ li _____ Firma _____
(Firma estesa e leggibile)

- 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 Suo ricovero ovvero alla dislocazione del ricovero stesso ovvero alla Sua presenza 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)

- Allo scambio di informazioni tra i Medici operanti presso le strutture dell'ASL di Novara e il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

Acconsente Non acconsente

_____ li _____ Firma _____