

 A.O. S.Croce e Carle Cuneo	MOD_112 Consenso al Trattamento dei Dati	Data prima emissione: 07/10/2019 Data ultima revisione: 07/10/2019 Revisione n. 00
--	---	--

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(art. 6 lett. a) – art. 9 par. 2 lett. a) REG. UE 2016/679)

Il sottoscritto/a

(nome) _____ (cognome) _____

nato/a il _____ a _____ prov. _____ stato di nascita _____

nazionalità _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ CAP _____ via _____ n. _____

telefono (fisso o mobile) _____ e-mail (facoltativa) _____

presa visione dell'informativa fornita dall'AO S. Croce e Carle e consapevole dei diritti che può esercitare in base alla normativa sulla "Privacy", incluso quello di revocare il presente consenso,

AUTORIZZA

l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, a trattare i propri dati relativi alla salute.

Luogo e data _____

(FIRMA - leggibile – dell'interessato)

Firma (leggibile) del rappresentante con
indicazione della qualità dallo stesso rivestita (*)

(*) Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità d'agire (minorenne) o per incapacità di intendere o di volere (interdetto), il consenso è manifestato da chi lo rappresenta legalmente (esercenti responsabilità genitoriale, tutori etc.), previa compilazione della dichiarazione sostitutiva che segue.

Data _____

Operatore che ha ricevuto il consenso
(firma leggibile)

 A.O. S.Croce e Carle Cuneo	MOD_112 Consenso al Trattamento dei Dati	Data prima emissione: 07/10/2019 Data ultima revisione: 07/10/2019 Revisione n. 00
--	--	--

(*) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - ATTO DI NOTORIETÀ

(artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia responsabilità

DICHIARO

Di essere

☐ titolare della responsabilità genitoriale

☐ tutore

☐ amministratore di sostegno appositamente a ciò delegato

☐ _____

dell'interessato (indicare nome cognome luogo e data di nascita)

Letto, confermato e sottoscritto

(luogo e data) _____

(il/la dichiarante) _____

Le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

Certifico apposta in mia presenza la firma del dichiarante

Data, timbro e firma del dipendente addetto
