



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 2016/679 - RGPD

Disposizioni del Garante per la Protezione dei Dati Personali (GPDP)

La/Il sottoscritta/o Interessata/o

ovvero, il/i sottoscritto/i

- genitore/i familiare/i Tutore Amministratore di Sostegno (ADS) Curatore
 Delegato Fiduciario altro (specificare)

dell'Interessata/o

1. Dichiarazione di Presa Visione dell'Informativa

Dichiara/Dichiarano di aver ricevuto una informativa completa, chiara e comprensibile sul trattamento dei dati personali e sanitari e di aver letto e compreso integralmente il documento completo di *Informativa sul Trattamento dei Dati Personali per Interessati* ai sensi dell'Articolo 13 del RGPD.

Prende/Prendono atto che le basi giuridiche del trattamento sono esaustivamente riportate al *punto 2* della Informativa e che i dati personali e sanitari necessari alla diagnosi, cura, riabilitazione, gestione amministrativa ed adempimenti normativi sono trattati, senza necessità di Consenso, ai sensi degli Articoli 6.1(c), 6.1(e), 6.1(b), 9.2(h), 9.2(i) del RGPD.

Tali trattamenti sono indispensabili ai fini di erogazione dei Servizi socio sanitari ed assistenziali, per obblighi verso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Enti pubblici ed Autorità competenti.

2. Manifestazione del Consenso per Finalità Facoltative

Il Consenso è richiesto esclusivamente per le finalità facoltative di seguito elencate, per le quali rappresenta la base giuridica ai sensi dell'Art. 6.1(a) e dell'Art. 9.2(a) del RGPD.

a) Finalità di Ricerca Scientifica e Statistica

Acconsente/Accconsentono che i dati sanitari ed anagrafici possano essere utilizzati, in forma *anonimizzata* o *pseudonimizzata*, per finalità di statistica interna, attività di miglioramento dei servizi, monitoraggio della qualità e progetti di ricerca scientifica con finalità interne o non profit.

ESPRIME / ESPRIMONO IL CONSENSO

SI NO

b) Comunicazione dello Stato di Salute a Terzi

Acconsente/Accconsentono che la Struttura possa fornire *informazioni* (o *comunicazioni*) in merito allo stato di salute, diagnosi o andamento del percorso assistenziale alle seguenti persone di seguito indicate:

- a nessuno a tutti i familiari che ne fanno motivata richiesta, ovvero a:

Cognome e Nome	Tipo di contatto (parente, amico, MMG, ecc.)	Recapito telefonico/email
.....
.....
.....

(Il Consenso alla comunicazione dello stato di salute a terzi può essere revocato in qualsiasi momento.)

ESPRIME / ESPRIMONO IL CONSENSO

SI NO

c) Partecipazione ad Attività Non Sanitarie e Trattamento di Immagini, Fotografie e Video

Esclusivamente per quanto previsto al *punto 5* dell'Informativa autorizza/autorizzano, in forma libera e consapevole, la Direzione del Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano:

- alla realizzazione, conservazione ed eventuale pubblicazione di fotografie e/o video dell'Interessata/o effettuati durante eventi, celebrazioni religiose o civili, attività culturali, ricreative o istituzionali organizzate dalla Struttura;



- al loro uso esclusivamente per finalità istituzionali o promozionali su riviste, Portali WEB e social media ufficiali della Provincia Religiosa di S. Marziano di Don Orione;
- alla loro conservazione nel rispetto dei principi di dignità, decoro e tutela della persona.

ESPRIME / ESPRIMONO IL CONSENSO

SI NO

Letto, confermato e sottoscritto per accettazione dell'Informativa e la libera espressione del Consenso.

Milano, ___ / ___ / _____.

L'Interessata/o

L'Esercente la Responsabilità

(firma leggibile e per esteso)

L'Esercente la Responsabilità

(firma leggibile e per esteso)

(firma leggibile e per esteso)

(Per gli Interessati minorenni, il Consenso deve essere firmato congiuntamente dagli *esercenti la responsabilità genitoriale* (salvo diversa attribuzione), i quali dichiarano di non essere sospesi o limitati nell'esercizio della stessa. La firma di un solo genitore comporta la dichiarazione di esserne esclusivo titolare o di essere legittimato a sottoscrivere il Consenso, assumendone ogni responsabilità di legge.

Per gli Interessati interdetti, inabilitati o soggetti a curatela o amministrazione di sostegno, il Consenso è prestato dal Tutore/Curatore/ADS secondo i poteri attribuiti dal Decreto di Nomina, da allegare al presente modulo. Il firmatario si impegna a comunicare eventuali variazioni del provvedimento.)

3. Revoca del Consenso

La/Il sottoscritta/o Interessata/o

ovvero, il/i sottoscritto/i

genitore/i familiare/i Tutore Amministratore di Sostegno (ADS) Curatore

Delegato Fiduciario altro (specificare)

dell'Interessata/o

richiede/richiedono liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza di

REVOCARRE

con effetto immediato il Consenso prestato in precedenza, senza pregiudicare la liceità del trattamento, per le seguenti finalità:

- trattamento di dati personali non necessari;
- trattamento di dati particolari per esigenze non più rilevanti;
- comunicazioni dello stato di salute;
- utilizzo di immagini, fotografie e video a fini istituzionali e promozionali;
- invio di comunicazioni informative, religiose o promozionali;
- altre finalità (specificare):

(La revoca del Consenso non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati prima della revoca né quelli obbligatori o necessari alla cura e previsti da norme vigenti.)

Milano, ___ / ___ / _____.

L'Interessata/o

(firma leggibile e per esteso)

L'Esercente la Responsabilità

L'Esercente la Responsabilità

(firma leggibile e per esteso)

(firma leggibile e per esteso)

(La Persona Autorizzata che raccoglie la Revoca del Consenso può essere diversa da quella che ha in precedenza informato e raccolto il Consenso sul trattamento in sede di ingresso in Struttura.)