

**MODULO CONSENSO TRATTAMENTO DATI****Art.7 GDPR 2016/679**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del GDPR 2016/679 e liberamente conferisce il proprio esplicito consenso alle operazioni di trattamento dei suoi dati personali.

Rilascio il consenso  Nego il consenso

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ rilascia il proprio esplicito e libero consenso all'attivazione del servizio di accesso e consultazione dei propri dati nella sessione Referti on Line del nostro sito aziendale

Rilascio il consenso  Nego il consenso

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ rilascia il proprio esplicito e libero consenso per il rilascio delle credenziali di accesso al servizio Referti on Line al  
Dott \_\_\_\_\_

Rilascio il consenso  Nego il consenso

Monte San Giusto, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONSENSO PER I SOGGETTI MINORENNI O INCAPACI DI INTENDERE O VOLERE**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ ed  
esercitante la potestà genitoriale oppure altro (*nel caso di incapacità di intendere e volere*) \_\_\_\_\_ del (*indicare nome e cognome del soggetto minorenne o incapace o sottoposto ad amministrazione di sostegno*) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

al trattamento dei dati del soggetto minorenne o del soggetto incapace di intendere o volere o sottoposto ad amministrazione di sostegno.

Monte San Giusto, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

A FORNIRE NOTIZIE RELATIVE ALLA SALUTE:

- Al/alla sottoscritto/a e a nessun altro soggetto anche se avente diritto per legge
- Al medico curante (nome e cognome) \_\_\_\_\_
- Ai Familiari (nome e cognome) .....
- Altro .....
- Espressamente non autorizza a fornire notizie relative alla salute del minore ai seguenti soggetti (nome e cognome) .....

Monte San Giusto, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_