



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Modulo A)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, 7, 8, 9, del Regolamento UE 2016/679

A) ACCONSENTE al trattamento dei dati personali, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza

SI

NO

B) ACCONSENTE che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

SI

NO

C) CONCEDE, inoltre, il consenso

SI

NO

alla comunicazione dei dati personali e del proprio stato di salute a:

	nome	cognome	indirizzo	telefono
<input type="radio"/> Coniuge	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Familiare	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medico Curante	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Altro	_____	_____	_____	_____

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsabile/Incaricato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)