



# A.I.A.S.

## Associazione Italiana Assistenza Spastici Sezione di San Filippo del Mela – E.T.S.

98044 – San Filippo del Mela (ME) – C.da Donnamiata, s.n.c.

cod. Fiscale 01952490835

-

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD. C**

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI MEDIANTE COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO - Reg. UE 2016/679

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore  Legale Rappresentante  Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale  Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

**Dichiaro** esplicitamente di aver letto e compreso l'informativa, ex art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento informatizzato e non dei dati personali e particolari posto in essere dall'A.I.A.S. sez. San Filippo del Mela – E.T.S e pertanto

### ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLO STESSO CON DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI Firma \_\_\_\_\_

NO Firma \_\_\_\_\_

### ACCONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DEI DATI SANITARI PREGRESSI

SI Firma \_\_\_\_\_

NO Firma \_\_\_\_\_

### SONO CONSAPEVOLE CHE

- il diniego alla costituzione del DSE comporta che lo stesso non verrà costituito;
- il diniego all'inserimento nel DSE dei dati sanitari pregressi comporta che lo stesso conterrà solo le informazioni sanitarie prodotte dalla data del rilascio del consenso alla costituzione del DSE;
- le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000)

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

\_\_\_\_\_ luogo e data

\_\_\_\_\_ Firma estesa e leggibile

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_