Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Brianza

ASST DELLA BRIANZA

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Il sig. / La sig.ra ……

Nato/a a …… il …… / …… / ……

Residente a …… in ……

Codice Fiscale: …… Telefono: ……
Numero di TEAM o di Passaporto, se straniero non residente in Italia

PRESTA IL SEGUENTE CONSENSO

- **CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI**

Il sottoscritto, letta l'informativa consegnata o esposta in questi locali e le sue eventuali integrazioni (segnalate nelle annotazioni) e informato che i propri dati personali e particolari:

- ✓ Saranno trattati esclusivamente per le finalità (sanitarie, socio-sanitarie, assistenziali ed amministrative) strettamente connesse allo scopo di fornire le prestazioni richieste;
- ✓ Sono necessari per la corretta compilazione della documentazione sanitaria, socio-sanitaria, assistenziale ed amministrativa relativa alla prestazione richiesta, con il conseguente impedimento, in caso di mancato conferimento del consenso, nel fornire le prestazioni, le cure o l'assistenza richieste;
- ✓ Saranno trattati nel rispetto della normativa vigente, con le modalità e le responsabilità descritte nella Informativa sulla Privacy esposta al pubblico e riportata sul sito WEB www.asst-brianza.it , sezione Privacy;
- ✓ Saranno conservati per la durata prevista dalla legge o dai regolamenti per i tipi di documenti sanitari coinvolti.

Presta il consenso, che avrà valore solo per questa prestazione (o ciclo di prestazioni)

Data ……. / ……. / …… **FIRMA**: ……

Se l'interessato è minorenne, interdetto o non autosufficiente, oppure nei casi in cui non sia in grado di firmare, il consenso per conto dell'interessato è stato fornito da:

…… Doc. ID: …… ……
Nome *Cognome* *Tipo* *Numero*

Nato/a a …… il …… / …… / ……

È necessario allegare la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi del' Art. 47 del D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

in qualità di: ❑ **GENITORE** o chi esercita la potestà genitoriale ❑ **TUTORE** ❑ **AMM. di SOSTEGNO**

❑ **ALTRO,** ***solo*** *nel caso di impossibilità a firmare* ……
Specificare la relazione con l'interessato

Per ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati, si rimanda alla sezione "Privacy" del sito WEB www.asst-brianza.it

Annotazioni dell'Ufficio ……

……