

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL MINORE*
ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, in
qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore
_____ nato/a _____ il _____, letta
l'informativa, autorizzo al trattamento dei dati personali di mio figlio/a, per finalità di tutela della
salute, dell'incolumità fisica dei terzi e della collettività, per finalità amministrative correlate a quelle di
prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché – in forma anonima – a quelle di didattica, studio,
ricerca scientifico-statistica ed epidemiologica nei limiti indicati dall'informativa suddetta.

Relativamente al Dossier Sanitario autorizzo:

- no** **si** Alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con l'inserimento dei dati di
mio figlio/a relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no** **si** All'inserimento dei dati sanitari di mio figlio/a relativi alle prestazioni pregresse
eseguite negli ultimi 5 anni
- no** **si** All'utilizzo dei dati sanitari di mio figlio/a in forma anonima, contenuti nel
Dossier Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca

Luogo e data _____

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____

* i pazienti minorenni che abbiano compiuto 16 anni possono firmare personalmente il presente modulo di consenso al
trattamento.