

**MODIFICA DEL 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 nella quale è indicata la possibilità, se in precedenza si è negato il consenso alla
costituzione del Dossier Sanitario, di poter procedere in ogni momento ad autorizzarne la costituzione,
a seguito del quale vi sarà il trattamento dei dati di salute 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** **sì** alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con
l'inserimento dei miei dati relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no** **sì** all'inserimento dei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse
eseguite negli ultimi 5 anni
- no** **sì** all'utilizzo dei dati sanitari 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 modifica di
consenso al trattamento.