

**MODIFICA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
DELL'INTERESSATO ATTRAVERSO IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

in qualità di:

€ Tutore (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_) dell'Interessato  
Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

ovvero

€ Amministratore di sostegno (Prov. n. \_\_\_\_\_ emesso da \_\_\_\_\_)  
dell'Interessato Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

letta l'informativa nella quale è indicata la possibilità, se in precedenza si è negato il consenso alla costituzione del Dossier Sanitario dell'Interessato, di poter procedere in ogni momento ad autorizzarne la costituzione, a seguito del quale vi sarà il trattamento dei dati dell'Interessato 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 dell'Interessato **autorizzo:**

- no**       **si**      alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con  
l'inserimento dei dati relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no**       **si**      all'inserimento dei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse  
eseguite negli ultimi 5 anni
- no**       **si**      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 Tutore/ Amministratore di Sostegno \_\_\_\_\_