

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

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____,
residente a _____ Via _____, letta
l'informativa per la costituzione del mio Dossier Sanitario che prevede il trattamento dei miei dati di
salute 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 mio Dossier Sanitario Elettronico con
l'inserimento dei miei dati relativi alle prestazioni sanitarie odierne e future.
- no** **sì** all'inserimento dei miei dati sanitari relativi alle prestazioni pregresse
eseguite negli ultimi 5 anni
- no** **sì** all'utilizzo dei miei dati sanitari in forma anonima, contenuti nel Dossier
Sanitario Elettronico, per finalità di didattica, studio e ricerca

Luogo e data

Firma _____