

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER RICOVERO*
(ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 “GDPR”)

Il sottoscritto/a paziente _____, ricoverato presso la struttura _____, vista l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n.679/2016) predisposta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

acconsente

al trattamento dei propri dati personali per le finalità istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale e per le finalità di ricerca finalizzata all'assistenza sanitaria, nei limiti indicati dall'informativa suddetta.

Pisa, il _____ Il Paziente _____

=====

Il sottoscritto/a paziente _____, ricoverato presso la struttura _____, ai sensi del Regolamento UE n.679/2016

autorizza

il personale sanitario dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, a dare informazioni sul proprio stato di salute ai soggetti di seguito indicati:

- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Nessuno
- Chiunque
- Altro _____

Pisa, il _____ Il Paziente _____

=====

Il sottoscritto/a paziente _____, ricoverato presso la struttura _____, ai sensi del Regolamento UE n.679/2016

autorizza

il personale dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, a dare informazioni sulla propria presenza nella struttura ospedaliera ai soggetti di seguito indicati:

- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Sig. _____ Tipo Parentela _____
- Nessuno
- Chiunque
- Altro _____

Pisa, il _____ Il Paziente _____

*Da conservarsi in cartella clinica