

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

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 \_\_\_\_\_

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 dati personali del suddetto Interessato 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 Tutore/Amministratore di Sostegno \_\_\_\_\_

=====

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 \_\_\_\_\_

vista l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n.679/2016) predisposta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

**Autorizza**

il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana a dare informazioni sullo stato di salute del suddetto Interessato ai soggetti di seguito indicati:

- Sig. \_\_\_\_\_ Tipo Parentela \_\_\_\_\_
- Sig. \_\_\_\_\_ Tipo Parentela \_\_\_\_\_
- Sig. \_\_\_\_\_ Tipo Parentela \_\_\_\_\_
- Nessuno
- Chiunque
- Altro \_\_\_\_\_

Pisa, il \_\_\_\_\_ Il Tutore/Amministratore di Sostegno \_\_\_\_\_

\*Da conservare in cartella clinica

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

vista l'Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 Regolamento UE n.679/2016) predisposta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

#### **Autorizza**

il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana a dare informazioni sulla presenza del suddetto Interessato nella struttura ospedaliera ai soggetti di seguito indicati:

- Sig. \_\_\_\_\_ Tipo Parentela \_\_\_\_\_
- Sig. \_\_\_\_\_ Tipo Parentela \_\_\_\_\_
- Sig. \_\_\_\_\_ Tipo Parentela \_\_\_\_\_
- Nessuno
- Chiunque
- Altro \_\_\_\_\_

Pisa, il \_\_\_\_\_

Il Tutore/Amministratore di Sostegno \_\_\_\_\_