



P E D E R Z O L I

DICHIARAZIONE DI CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI
E AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

L'Ospedale P. Pederzoli – Casa di Cura Privata S.p.a., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, invita i propri pazienti/ospiti a prestare il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili e alla creazione del Dossier Sanitario Elettronico, nonché al popolamento dello stesso con i dati clinici relativi agli eventi sanitari pregressi. A tal fine, il Titolare del Trattamento ha predisposto un apposito modulo - che riportiamo di seguito - che l'interessato, previa conoscenza dell'“INFORMATIVA PRIVACY ai sensi degli art. 12 e ss. del Regolamento U.E. 679/2016” e dell'“INFORMATIVA SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO”, riportate nel sito internet istituzionale e nelle varie tabelle informative apposte nelle varie zone d'aspetto dell'Ospedale e del Centro Servizi Dott. Pederzoli, può firmare al momento dell'accettazione e comunque prima dell'esecuzione della prestazione medica, salvo le eccezioni disciplinate dalla normativa vigente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
ai sensi degli Artt. 6 - 7 - 13 del Regolamento U.E. 679/2016
E AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ via _____ n. _____

presa visione dell'INFORMATIVA PRIVACY ai sensi degli art. 12 e ss. del Regolamento U.E. 679/2016 e dell'INFORMATIVA SUL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO, esprime il consenso al trattamento dei dati per le finalità esposte nella medesima informativa.

In particolare:

- al trattamento dei propri dati personali e relativi allo stato di salute da parte dell'Ospedale P. Pederzoli – Casa di Cura Privata Spa per le finalità dichiarate nella succitata informativa;
- alla creazione del proprio Dossier Sanitario Elettronico (DSE) per le finalità dichiarate nell'Informativa sul Dossier Sanitario Elettronico;
- al popolamento del proprio Dossier Sanitario Elettronico con i dati clinici pregressi;
- all'eventuale comunicazione della propria documentazione clinica al proprio medico curante che ne faccia richiesta;
- all'eventuale comunicazione della propria documentazione clinica all'Ospedale di Comunità e Hospice;
- all'attivazione del servizio di consultazione dei referti on line;
- all'utilizzo della firma grafometrica.

Peschiera del Garda, li _____.

Firma dell'Interessato/Legale rappresentante _____

**L'interessato può chiedere copia della Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati e al Dossier Sanitario Elettronico sottoscritta.