



Nome/Cognome luogo di nascita data di nascita
--

Io sottoscritto/a, ricevuta idonea informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 nonché delle *Linee guida in materia di Dossier sanitario* adottate dal Garante in data 4 giugno 2015:

1. autorizzo l'attivazione nonché utilizzo del mio *dossier sanitario* per le finalità e secondo le modalità in essa precisate

Firma data

- a. **NON AUTORIZZO** l'inserimento nel Dossier di informazioni relative ad eventi sanitari progressivi (consapevole che potrò escludere dal dossier le future prestazioni avanzando una richiesta in tal senso alla struttura che le esegue)

Firma data

- b. **AUTORIZZO** l'inserimento nel Dossier di informazioni relative ad eventi sanitari progressivi (tutti quelli disponibili)

Firma data

In caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno il consenso è validamente espresso rispettivamente dal genitore o dai genitori, dal tutore, dall'amministratore di sostegno. In caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato il consenso è validamente prestato da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente.

Sig. / ra Nato / a a il in qualità di

Sig. / ra Nato / a a il in qualità di
