



Modello

PRY\_3.1

Revisione 03

20/10/2025

Il sottoscritto

C.F.

**Nel caso in cui l'interessato sia un minore o interdetto**

In qualità di	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore	<input type="checkbox"/> Ammin. di sostegno
Di:				
C.F.				

\*le eventuali comunicazioni per cui viene fornito il consenso dovranno essere inoltrate ai seguenti contatti

E-MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

In relazione a quanto esposto nell'informativa affissa nei locali aziendali e consultabile sul sito internet istituzionale e ai sensi dell'art. 4 par. 11 e dell'art. 7 del Reg. UE 2016/679 viene richiesto di esprimere il consenso o meno in relazione ai seguenti trattamenti:

**Acconsento    Nego**

- |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Attività di "divulgazione e informazione" in ambito sanitario mediante l'invio di comunicazioni all'interessato attraverso posta elettronica e/o SMS                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Invio di avvisi/promemoria della prestazione sanitaria                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Refertazione on-line                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Attivazione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE) per le finalità indicate nell'informativa                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inserimento eventi sanitari precedenti all'attivazione del DSE                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inserimento nel DSE di patologie o eventi clinici per i quali la legge riconosce in capo all'interessato una speciale tutela della riservatezza (infezione da HIV, dipendenza da alcool o droga, interruzione volontaria della gravidanza, violenza sessuale e pedofilia, parto anonimo) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Contatto per essere inserito in progetti di ricerca statistica, scientifica in campo medico, biomedico o epidemiologico e di sperimentazione clinica                                                                                                                                     |

Verona, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_