



## IRCCS GIANNINA GASLINI - GENOVA

Nome		Cognome		Data nascita
Indirizzo:			Comune	
Prov.	Tel.		Cellulare	
Mail <input type="text"/> @ <input type="text"/>				
Codice fiscale <input type="text"/>				

Esercente la qualità di

Genitore  Tutore  Amministratore di sostegno  Legale rappresentante 

di

Nome		Cognome		Data nascita
Indirizzo:			Comune	
Prov.	Tel.		Cellulare	
Codice fiscale <input type="text"/>				

**DICHIARA**

Di aver ricevuto l' informativa di cui all'articolo 13 d.lgs. 196/2003 per:

1. il trattamento dei dati personali e dei dati sensibili per lo svolgimento dell'incarico conferito;
2. il trattamento dei dati ai fini della costituzione del Dossier Sanitario Elettronico (DSE);
3. l'invio dei referti a mezzo e-mail;
4. per attività informative e/o fini di marketing relativi a prodotti e servizi con telefono, con operatore e con sistemi automatizzati (es. email, sms, fax, mms, messaggi social, autorisponditori) e posta cartacea;
5. la comunicazione a soggetti terzi dei dati ai fini della erogazione di attività direttamente connesse e strumentali all'erogazione dei servizi dall'Istituto Giannina Gaslini;
6. finalità di profilazione anche comportamentale finalizzata alla personalizzazione del marketing relativo a prodotti e/o servizi dell'Istituto Giannina Gaslini e/o di terzi;

Data	Firma _____
------	-------------

E pertanto ai fini dell'espressione del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (art. 23 e art. 81 del d.lgs. 196/2003)

Autorizza  Non autorizza

il Titolare al trattamento dei dati personali necessari per lo svolgimento dell'incarico conferito, anche comunicandoli a soggetti esterni alla propria struttura qualora ciò si rendesse necessario ai fini dell'adempimento di tutto o in parte dell'incarico

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizza  Non autorizza

il Titolare al trattamento dei dati necessari alla costituzione del dossier sanitario elettronico (DSE) e all'inserimento nel dossier sanitario elettronico di tutti i dati prodotti da ora in poi (Facoltativo)

Autorizza  Non autorizza

il Titolare al trattamento dei dati necessari alla costituzione del dossier sanitario elettronico (DSE) all'inserimento nel dossier sanitario elettronico anche di tutti i dati precedenti. (Facoltativo)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Con riferimento ai reparti/ambulatori dell'Istituto ove sia operativo l'invio di referti via e-mail

Autorizza  Non autorizza

il Titolare all'uso dei suoi dati personali necessari per l'invio dei referti in oggetto all'indirizzo di e-mail \_\_\_\_\_ . (Facoltativo)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizza  Non autorizza

il Titolare a comunicare i propri dati personali a terzi soggetti, incaricati dell'esecuzione di attività direttamente connesse e strumentali all'erogazione dei servizi dall'Istituto Giannina Gaslini o con i quali l'Istituto stesso o altri soggetti abbiano stipulato accordi istituzionali e/o commerciali funzionali alla diffusione ed allo sviluppo dei servizi dall'Istituto Giannina Gaslini. (Facoltativo)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizza  Non autorizza

il Titolare al trattamento dei dati personali per attività informative e/o fini di marketing relativi a prodotti e servizi dell'Istituto Giannina Gaslini e/o di terzi con telefono, con operatore e con sistemi automatizzati (es. email, sms, fax, mms, messaggi social, autorisponditori) e posta cartacea. (Facoltativo)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizza  Non autorizza

il Titolare al trattamento dei dati personali per finalità di profilazione anche comportamentale finalizzata alla personalizzazione del marketing relativo a prodotti e/o servizi dell'Istituto Giannina Gaslini e/o di terzi. (Facoltativo)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_