

Espressione del consenso al trattamento dei dati personali del paziente effettuato da G.B. Mangioni Hospital S.r.l. nell'ambito delle prestazioni svolte, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e della normativa applicabile.

Cognome e Nome

Nato a, il

Residente in, Via

C.F., Tel., E-mail

per sé

OPPURE

In qualità di:

- Genitore titolare della responsabilità genitoriale (minori di 16 anni)
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Altro:

Di (nome e cognome) nato a il, residente in via, C.F.

Presa visione dell'**Informativa sul trattamento dei dati personali** rilasciata da **G.B. Mangioni Hospital S.r.l.** ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 ("GDPR"), consapevole che il mio consenso è puramente facoltativo, oltre che revocabile in qualsiasi momento,

ESPRIMO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

affinché i miei Dati Personali possano essere trattati per inviarmi, anche a mezzo posta elettronica, informazioni e materiale illustrativo su servizi e iniziative relative a prestazioni sanitarie offerte dalle società facenti parte di Gruppo Villa Maria S.p.A. e dalla Fondazione GVM per la ricerca scientifica (Health Science Foundation)-Organizzazione non lucrativa di utilità sociale.

Firma leggibile

ESPRIMO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

affinché i miei Dati Personali possano essere trattati per fini statistico-epidemiologici con relativo follow-up per finalità statistica e di conoscenza scientifica.

Firma leggibile

ESPRIMO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

affinché i miei Dati Personali possano essere trattati per finalità di ricerca scientifica medica, biomedica, epidemiologica e/o statistica e relative eventuali pubblicazioni, svolta anche da altre società facenti parte del Gruppo Villa Maria S.p.A.

Firma leggibile

ESPRESSO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

affinché i miei Dati Personali possano essere trattati per la costituzione di un Dossier Sanitario Elettronico messo in condivisione logica tra i professionisti della Struttura Sanitaria al fine di offrire un miglior percorso di cura.

Firma leggibile

ESPRESSO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

affinché i miei Dati Personali possano essere trattati per l'inserimento, all'interno del Dossier Sanitario Elettronico, di eventi clinici pregressi e, cioè, occorsi in precedenza con la Struttura Sanitaria.

Firma leggibile

ESPRESSO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

all'informazione circa l'esistenza di una prestazione in atto e/o del mio ricovero presso il reparto di degenza a:

Le persone di seguito indicate:

_____ in qualità di _____

_____ in qualità di _____

Mio medico curante

Firma leggibile

ESPRESSO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

alla consegna al mio Medico generale/Pediatra di libera scelta di referti delle indagini cliniche, strumentali e di laboratorio.

Firma leggibile