

Il/la sottoscritto/a: .....  
 (Cognome e Nome)

nato/a a ..... il: ..... codice fiscale .....

residente a .....  
 (comune - provincia) (Via/Piazza) (CAP)

Tel/cell: ..... mail: .....

**in proprio**

Ovvero, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

**tutore**       **amministratore di sostegno**       **esercente la potestà genitoriale**       **legale rappresentante**

di: .....  
 (Cognome e Nome)

nato/a a ..... il: ..... codice fiscale .....

residente a .....  
 (comune - provincia) (Via/Piazza) (CAP)

**dichiara di aver compreso il contenuto dell'Informativa Pazienti INF-PAZ. 679 REV.06 del febbraio 2024** e di manifestare liberamente e consapevolmente il proprio consenso, sempre liberamente revocabile, al trattamento dei propri dati personali, anche particolari, da parte dell'Ospedale Israelitico, titolare del trattamento, come di seguito espresso,

**ACCONSENTE**

**ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e 13 del Regolamento 679/2016 al trattamento:**

**dei Suoi dati personali**  **o dei dati personali della persona il cui identificativo è sopra riportato, secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa di cui si è riferito sopra.**

**presta il consenso**  **non presta il consenso** a contattare il proprio medico curante qualora, nell'interesse del paziente, il medico dell'Ospedale lo ritenga opportuno;

**presta il consenso**  **non presta il consenso** alla comunicazione dell'informazione relativa al ricovero presso l'Ospedale e allo stato di salute ai seguenti soggetti (familiari/parenti o amici)\*:

Al/Alla sig./ra \_\_\_\_\_

*\*ATTENZIONE: i dati verranno comunicati esclusivamente ai soggetti sopra elencati, salvo rettifica scritta;*

**presta il consenso**  **non presta il consenso** per comunicazioni relative ad appuntamenti presi presso l'Ospedale, attraverso l'utilizzo della propria casella di posta elettronica e/o dei recapiti telefonici forniti, eventualmente anche tramite SMS;

**presta il consenso**  **non presta il consenso** per la trasmissione della propria documentazione sanitaria alla propria Assicurazione ai fini dell'espletamento della pratica assicurativa;

**presta il consenso**  **non presta il consenso** al trattamento dei suoi dati al fine dell'invio di materiale informativo su progetti, iniziative di prevenzione e promozione della salute e di nuovi servizi clinici dell'Ospedale, attraverso strumenti automatizzati (sms, e-mail; notifiche push; mms; telefono senza operatore) e non (posta ordinaria, telefono con operatore);

**presta il consenso**  **non presta il consenso** al trattamento dei suoi dati al fine dell'invio di materiale informativo su campagne di sensibilizzazione e donazione o su attività di raccolta fondi salute, attraverso strumenti automatizzati (sms, e-mail; notifiche push; mms; telefono senza operatore) e non (posta ordinaria, telefono con operatore)

**presta il consenso**  **non presta il consenso** per il trattamento necessario all'attivazione del servizio che consente di ricevere la documentazione sanitaria on-line (referti, cartella clinica).

**presta il consenso**  **non presta il consenso** all'utilizzo dei propri dati clinici, utilizzati in forma pseudoanonima, nell'ambito di progetti di ricerca e di attività di formazione.

Roma, li:   /  /  

**Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)**