

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)**