	MODULO DI CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AI SENSI DEL GDPR 2016/679	COD: 022/Mod/19/Rev.001

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

nato a _____ il _____, C.F. _____

residente in _____ Via/Piazza _____, n. _____,

presente presso la **S.C/S.S./U.O.** _____

☐ per sé oppure in qualità di:

- ☐ Tutore o curatore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Prossimo congiunto, convivente, familiare
- ☐ Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato
- ☐ Genitore (padre/madre), esercente la responsabilità genitoriale ☐ congiunta ☐ esclusiva

del soggetto interessato (nome e cognome)_____

nato a _____il _____, C.F. _____

residente in _____Via/Piazza _____ n. _____

Letta e compresa l'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR", pubblicata anche sul sito **https://www.asl.novara.it;** e consapevole del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca, relativamente:

- Al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria di Novara, Titolare del trattamento, per le finalità di comunicazioni delle informazioni relative al proprio stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.) di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

☐ Acconsente ☐ Non acconsente

_____ li_____ Firma_____

(Firma estesa e leggibile)

- Al trattamento dei propri dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria di Novara, Titolare del trattamento, relativamente alla comunicazione di notizie e informazioni relative al Suo ricovero ovvero alla dislocazione del ricovero stesso ovvero alla Sua presenza presso le Strutture dell'ASL NO a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti, etc.), di seguito indicati:

Cognome	Nome	Recapito telefonico

☐ Acconsente ☐ Non acconsente

_____ li_____ Firma_____

(Firma estesa e leggibile)

- Allo scambio di informazioni tra i Medici operanti presso le strutture dell'ASL di Novara e il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta

☐ Acconsente ☐ Non acconsente

_____ lì_____ Firma_____