



**CONSENSO IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**  
(artt. 6-8 del Regolamento (UE) 2016/679)

L'interessato/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

acquisite le informazioni di cui all'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale** fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà il **Fascicolo medico legale** cioè l'insieme dei dati personali generati da eventi clinici che lo riguardano, raccolti in tempi diversi presso i Co-titolari del trattamento, messi in condivisione logica dal personale sanitario (medici, infermieri, ...) che Lo assistono, al fine di documentarne la storia clinica e di offrire una migliore prestazione

NON è nelle condizioni psico-fisiche di sottoscrivere quanto sopra per incapacità di agire ovvero per impossibilità fisica o incapacità di intendere o di volere,

**IN QUESTA SITUAZIONE,**

preso atto delle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 e s. m. i. e del Regolamento UE 679/2016

Il/la Signor/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Esercitante legalmente la potestà | <input type="checkbox"/> Prossimo congiunto                       |
| <input type="checkbox"/> Familiare                         | <input type="checkbox"/> Responsabile struttura presso cui dimora |
| <input type="checkbox"/> Convivente                        | <input type="checkbox"/> Altro _____                              |

**E IN CASO DI MINORI**

L'altro genitore \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**ALLA PRESENZA DI**

- Nessuno
- Interprete
- Accompagnatore

**PRESTA IL CONSENSO**

**NEGA IL CONSENSO**

ai Co-titolari per il trattamento dei dati personali dell'interessato all'interno del **Fascicolo medico legale** in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**;

**PRESTA IL CONSENSO**

**NEGA IL CONSENSO**

ai Co-titolari per il trattamento dei dati personali dell'interessato, raccolti presso la stessa ASST precedentemente alla data odierna (**PREGRESSO**), all'interno del **Fascicolo medico legale**, in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**.

**PRESTA IL CONSENSO**

**NEGA IL CONSENSO**

ai Co-titolari per il trattamento dei dati a maggior tutela (persone sieropositive, donne che si sottopongono a interruzione volontaria di gravidanza, vittime di atti di violenza sessuale o pedofilia, persone che fanno uso di sostanze stupefacenti, psicotrope e di alcool, donne che decidono di partorire in anonimato, minori d'età, nonché i dati e i documenti riferiti ai servizi offerti dai consultori familiari), all'interno del **Fascicolo medico legale**, in conformità a quanto previsto dalle leggi vigenti, per le finalità espresse e come dichiarato nell'**Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale**.



**PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA**

L'interessato o chi ne fa le veci, presa visione dell'Informativa Interessati - Pazienti di Medicina Legale e Fascicolo medico legale, presta il Suo consenso per la comunicazione, da parte del personale della struttura che lo ha in cura, dei dati riguardanti lo stato di salute e l'andamento del trattamento dell'interessato/a ai seguenti soggetti (indicare Nome, Cognome e possibilmente Data di nascita):

- Medico/Pediatra di Famiglia       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_
- Altro Medico Specialista       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_
- Familiari ( \_\_\_\_\_ )       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_
- Insegnanti       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_
- Chi ne faccia richiesta       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_
- Signor/a ( \_\_\_\_\_ )       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_
- Altro ( \_\_\_\_\_ )       PRESTA       NEGA      \_\_\_\_\_

Milano \_\_\_\_\_

L'interessato (anche Minore o Tutelato se possibile) \_\_\_\_\_

Chi ne fa le veci (genitore, tutore legale, amministratore ecc) \_\_\_\_\_

L'altro genitore \_\_\_\_\_

L'interprete o l'accompagnatore \_\_\_\_\_

L'operatore (Matricola \_\_\_\_\_ o Timbro)