Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

MODULO DI CONSENSO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

INFORMATIVA DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

(Da compilare e sottoscrivere a seguito della presa visione dell'informativa MAC581)

Luogo_____ Data_____

Il sottoscritto **PAZIENTE (1)** (cognome e nome) _____

nato il _____ / _____ /_____ a _____

OPPURE

Il sottoscritto (cognome e nome) _____nato il ___ / ___ /_____

a _____ documento di identità n. _____ rilasciato da _____

in qualità di: ☐ **genitore (1)** ☐ **tutore (1)** ☐ **amministratore di sostegno (1)**

del paziente MINORE/sottoposto a TUTELA/AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

(cognome e nome) _____ nato il ____ / ____ /_____

a_____

Per pazienti minorenni firmano entrambi i genitori (1 e 2).
Il genitore che sottoscrive il presente modulo in assenza dell'altro genitore, dichiara, sotto la propria responsabilità:

□ di essere l'unico rappresentante legale del minore

□ che l'altro **genitore (2)** (cognome e nome) _____ **è assente** per impedimento **ma informato e consenziente**

***DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000. Il dichiarante è consapevole delle conseguenze in termini di responsabilità penale, derivanti da attestazioni non veritiere.

1) ☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico

2) ☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE all'inserimento nel proprio DSE degli eventi clinici pregressi alla costituzione del DSE che si sono sviluppati presso l'ASST Ovest Milanese

Firma del: ☐ paziente ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1) _____ (2) _____

***** Per **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000**:** Allegare copia documento d'identità

L'interessato, nel caso di minore entrambi i genitori (o il genitore che ha prestato il consenso nelle medesime condizioni di cui sopra), **REVOCA/REVOCANO** il consenso al trattamento dei dati personali, in particolare:

☐ alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico

☐ all'inserimento nel proprio DSE degli eventi clinici pregressi alla costituzione del DSE che si sono sviluppati presso ASST Ovest Milanese

Consapevole che la revoca di uno o di tutti i precedenti consensi espressi non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca.

Luogo_____ Data_____

Firma del: ☐ paziente ☐ genitore/i ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

(1)_____ (2)_____

***** Per **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI** ex art. 46 D.P.R. n. 445/2000**:** Allegare copia documento d'identità