

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI PERSONA INCAPACE O
IMPOSSIBILITATA (Modulo C)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____ Cell. _____

In qualità di Amministratore/Tutore/Curatore/Familiare o altro (specificare)

_____ del/della Sig./Sig.ra:

_____ C.F. _____

Nato/a a _____ e Residente a _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 8 del Regolamento UE 2016/679

A) ACCONSENTE al trattamento dei dati personali dell'Assistito, secondo le modalità e nei limiti previsti dalla Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza

SI / NO

B) ACCONSENTE che i dati clinici relativi all'Assistito, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

SI / NO

C) ACCONSENTE ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679") che i suoi dati saranno trattati, altresì, per le finalità di:

- gestione della clientela (amministrazione dei contratti, attività di marketing e ricerche di mercato).
- gestione dei fornitori (amministrazione dei contratti, attività di marketing e ricerche di mercato).

SI / NO

D) CONCEDE, inoltre, il consenso

SI / NO

alla comunicazione dei dati personali del Minore e relativi allo stato di salute del medesimo a: **(nome cognome indirizzo telefono)**

Familiare _____

Medico Curante _____

Altro _____

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma del personale Autorizzato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)