

**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)