

INFORTUNIO DEL: _____

MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RELATIVI ALLA SALUTE

Io sottoscritto

C.F.

preso atto:

- i. dell'INFORMATIVA SULLA PRIVACY di cui sopra e dei diritti ivi riconosciuti compreso il diritto di revoca del consenso;
- ii. che Assiteca al fine di erogare le Prestazioni e di svolgere le attività connesse ha la necessità di trattare i miei dati relativi alla salute;
- iii. che per il corretto e lecito trattamento degli stessi si rende necessario il mio esplicito consenso e che in assenza Assiteca non potrà quindi trattare tali dati per le finalità di cui al punto ii.;

presto il mio consenso ad Assiteca

X per conto del minore _____ nei cui confronti esercito la responsabilità genitoriale, a trattare i miei/nostri dati personali relativi alla salute al fine di erogare le Prestazioni e di svolgere le attività connesse.

_____, li __/__/____
Luogo *Data*

(Firma dell'Interessato)