



Espressione del consenso al trattamento dei dati personali (privacy)

ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del GDPR (UE) 2016/679

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, ai sensi del DPR 445/2000 dichiaro che

Io sottoscritto/a (nome e cognome) nato/a a il / /, per
me oppure in qualità di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tutore | <input type="checkbox"/> Rappresentante Legale |
| <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> Minorenne esercitante la responsabilità genitoriale o
rappresentante legale |
| <input type="checkbox"/> Esercente responsabilità genitoriale | |

dell'assistito/a: (nome e cognome) nato/a a il / /

- Diritto all'anonimato (ID primo accesso:)

Preso visione dell'informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del GDPR (UE) 2016/679, **dichiaro di averne compreso il contenuto e di dare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento** da parte dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, titolare del trattamento, come di seguito espresso:

ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

- Sì No

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo Istituto, salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età se minore.

Documento di riconoscimento: (tipologia) n.,
rilasciato da in data/...../.....

Data/...../.....

Firma

Firma per esteso e leggibile