



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE- REGIONE SICILIANA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Direzione Generale- Ufficio Privacy

Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407232

[www.aspag.it](http://www.aspag.it) ---- [rdp@aspag.it](mailto:rdp@aspag.it)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(art. 7 Reg. UE n. 679/2016 e D. Lgs. n. 101/2018)

Io sottoscritto:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

In qualità di diretto interessato esercente la potestà genitoriale/la tutela/la curatela/  
 l'amministrazione di sostegno su:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 C.F. \_\_\_\_\_

- esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;  
 non esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali;

esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa;

non esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati ad altri soggetti, secondo quanto indicato nella presente informativa ;

esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali ;  
 non esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali ;  
 esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali:

non esprimo il consenso al trattamento delle seguenti categorie particolari dei miei dati personali:

- nel caso di esercenti la potestà:

il genitore presente dichiara che l'altro genitore esercente la potestà sul minore è informato e acconsente al trattamento dei dati personali.

- nel caso di impossibilità dell'interessato a prestare il consenso per incapacità, anche temporanea:

il soggetto che autorizza il trattamento dati (familiare, convivente, responsabile di struttura) si impegna, non appena l'interessato sia in grado di prestare autonomamente il consenso, a comunicargli di averlo prestato in sua vece e della possibilità di revocarlo.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ \*

\*(Possono sottoscrivere i soggetti di età maggiore di anni 14 ex D. Lgs. n. 101/2018)