

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 ---- 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)