



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia**  
**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 mie 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)