

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa di cui sopra, chiesti ed ottenuti tutti i chiarimenti ritenuti necessari per comprenderne l'intero contenuto, io sottoscritto/a _____, C.F. _____ in maniera del tutto autonoma e libera da condizionamenti

1) acconsento al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli riguardanti il mio stato di salute e di natura genetica, per il Progetto di ricerca oggetto della presente informativa con le modalità indicate sopra

☐ SI

☐ NO

2) acconsento che mi vengano comunicati i risultati degli esami e/o della ricerca e/o eventuali notizie inattese che mi riguardino, qualora quest'ultime possano risultare significative per il sottoscritto

☐ SI

☐ NO

Data: ____/____/____

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO

(in stampatello)

(firma leggibile) *

Dichiarazione "A" (paziente non in grado di leggere o firmare)

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

residente a (Comune) _____ (Prov.) _____ via _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, in qualità di Testimone indipendente, attesta che il/la Sig./Sig.ra (nome e cognome) _____ C.F. _____

residente a (Comune) _____ (Prov.) _____ via _____

ha dichiarato di aver ben compreso l'informativa privacy riguardante il Progetto di ricerca ed ha rilasciato consapevolmente e senza condizionamenti il proprio consenso all'utilizzo dei suoi dati personali nelle modalità di cui al modulo di consenso compilato da terzi secondo le sue indicazioni.

Data: ____/____/____

In fede

Dichiarazione "B" (paziente incapace, ad esempio, minore d'età, interdetto o inabilitato)

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

(ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____,

<input type="radio"/> Nella qualità di interessato al trattamento	
Esercitando la Rappresentanza Legale in qualità di	Del Sig./Sig.ra _____ nata a _____ il __/__/____ residente in _____ Via _____
Estremi del Documento di identità del Legale rappresentante	Tipo di documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ il __/__/____
Genitore del Minore ¹ Nome _____ Cognome _____ C. F. _____	Genitore 1 nato/a a _____ il __/__/____ residente in _____ Via _____ C. F. _____ Genitore 2 nato/a a _____ il __/__/____ residente in _____ Via _____ C. F. _____
Estremi dei Documenti di identità dei genitori	Genitore 1 Tipo di documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ il __/__/____

¹ Nel caso di un solo genitore è necessario sottoscrivere la dichiarazione sostitutiva di notorietà allegata

	Genitore 2
	Tipo di documento _____ N° _____
	Rilasciato da _____ il ____/____/____

avvalendomi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARO

di aver acquisito e compreso l'Informativa dell'IRCCS Bonino Pulejo di Messina, elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, le "Condizioni Generali di utilizzo della Piattaforma" e di essere consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e i dati particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento Europeo 679/2016) riguardanti il Progetto di Ricerca

In fede

Data: ____/____/____

REVOCA DEL CONSENSO

____ sottoscritto/a _____

____ sottoscritto/a/ _____

in data ____/____/____ dichiar ____ di REVOCARE il consenso precedentemente espresso

Firma dell'Interessato/dei Genitori
dell'Amministratore di sostegno

Timbro e firma del medico
