



**MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
PER INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRAMITE UN CANALE WEB  
(ivi inclusa, la cartella clinica)**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

PER PROPRIO CONTO

ESERCITANDO LA RAPPRESENTANZA LEGALE O RESPONSABILITÀ GENITORIALE VERSO:

Nominativo: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Letta la specifica informativa ex art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 dell'ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet <http://www.asst-rhodense.it/inew/nuovo-sito/home/PRIVACY/privacy.html> )

**PRESTO IL CONSENSO** all'invio della documentazione sanitaria (ivi inclusa, la cartella clinica) richiesta, tramite un canale web/telematico, e, a tal fine, comunico all'ASST RHODENSE le seguenti informazioni:

eMail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità (Carta d'identità o Passaporto)**