



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO  
**FATEBENEFRAELLI**

Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 – Tel. (06) 3355906 – 33253520 Fax – Iscritto al R.P.G. n° 666/87 – C.F. 00443370580 – P. IVA 00894591007

MOD\_006 – Rev1 18.10.18

**MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

[  ] Genitore [  ] Tutore [  ] Legale Rappresentante **(barrare la voce che interessa)**

Cognome e nome

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE:**

il consenso al trattamento dei miei dati personali, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte.

**DICHIARO**

di aver letto e compreso il contenuto delle informative predisposte dalla Provincia Religiosa di San Pietro, titolare del trattamento, pubblicate anche sul sito istituzionale [www.provinciaromanafbf.it](http://www.provinciaromanafbf.it) (sezione "Privacy"), e presto liberamente ed in modo consapevole il consenso al trattamento dei miei dati personali, come di seguito espresso.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**

("contenitore" informatico di dati sanitari prodotti dall'Istituto allo scopo di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

Acconsento alla costituzione del dossier sanitario elettronico (DSE) tramite l'inserimento di:

[  ] SI [  ] NO

tutti i dati relativi al mio stato di salute acquisiti presso l'Istituto a partire dalla data odierna (fatto salvo il mio diritto di chiedere il mancato inserimento di determinati eventi clinici da me specificamente indicati).

[  ] SI [  ] NO

tutti i dati relativi al mio stato di salute acquisiti presso l'Istituto in occasione dei singoli eventi clinici anteriori alla data odierna (se presenti).

**OSPEDALE  
"SAN PIETRO"**

Via Cassia, 600  
00189 ROMA  
Tel. 06 33581  
Fax 06 33251424

**ISTITUTO  
"SAN GIOVANNI DI DIO"**

Via Fatebenefratelli, 3  
00045 GENZANO DI ROMA  
Tel. 06.937381  
Fax 06.9390052

**OSPEDALE  
"SACRO CUORE DI GESU'"**

Viale Principe di Napoli, 14/A  
82100 BENEVENTO  
Tel. 0824.771111  
Fax 0824.47935

**OSPEDALE  
"BUON CONSIGLIO"**

Via Manzoni, 220  
80123 NAPOLI  
Tel. 081.5981111  
Fax 081.5757643

**OSPEDALE  
"BUCCHERI LA FERLA"  
FATEBENEFRAELLI**

Via Messina Marine, 197  
90123 PALERMO  
Tel. 091.479111  
Fax 091.477625



### ALTRI CONSENSI FACOLTATIVI

- SI  NO      Acconsento all'utilizzo dei miei dati clinici, opportunamente codificati, nell'ambito di progetti di ricerca osservazionali retrospettivi e di attività di formazione.
- SI  NO      Autorizzo la comunicazione delle informazioni relative al mio stato di salute a familiari e conviventi, salve mie specifiche contrarie manifestazioni di volontà.
- SI  NO      Autorizzo la comunicazione a familiari e conviventi della mia presenza e dislocazione nell'Istituto, salve mie specifiche contrarie manifestazioni di volontà.

**Il presente consenso ha validità permanente, salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età**

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_