

	Privacy	Mod. 0007	Pag. 1 di 1
	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RICOVERO E PRESTAZIONI AMBULATORIALI Casa di cura Città di Bra	Parola chiave:	CONSENSO PRIVACY
		Rev. 15	del 23/06/2023

Bra, _____

Spett.
Casa di Cura Privata Città di Bra S.p.A.,

io sottoscritto/a _____ nato il _____
ho preso visione e compreso in ogni suo punto l'informativa pubblicata sul sito www.ccbra.it nella Sezione Informativa e Privacy e disponibile per la consultazione presso gli uffici informazione della Casa di Cura e, con riferimento ai trattamenti di dati personali (ivi compresi i dati qualificabili come particolari categorie di dati ai sensi dell'art. 9 del GDPR) soggetti all'obbligo di acquisizione del preventivo consenso del sottoscritto, con il presente atto:

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla costituzione del dossier sanitario ed al trattamento dei miei dati personali ivi inseriti (con riferimento alle informazioni cliniche pregresse rispetto all'apertura del dossier conservate negli archivi della presente struttura; con riferimento ai soli dati sanitari raccolti a decorrere dalla data odierna) per le finalità di cura di cui al punto 4) della presente informativa;

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** all'inserimento all'interno del dossier sanitario di informazioni soggette a maggiore tutela dell'anonimato (es. sieropositività, atti di violenza sessuale o di pedofilia, aborti volontari o per interruzione volontaria, uso di droghe o alcool).

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla trasmissione dei miei dati personali alla Regione Piemonte ai fini della predisposizione e dell'alimentazione in modalità oscurata del Fascicolo Sanitario Elettronico.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici - tranne nei casi espressamente previsti per legge e/o per l'adempimento di obblighi contrattuali -, soggetti e società di natura privata (di cui al punto 8) per le esclusive finalità indicate nell'informativa;

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali (relativi alle prestazioni sanitarie effettuate presso la Casa di Cura Città di Bra) ai medici esterni liberi professionisti operanti presso la medesima Struttura che mi hanno avuta in cura, sia nel corso del mio intervento che dell'eventuale mia degenza presso la predetta, per esclusive finalità di cura;

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trasferimento dei miei dati personali e sanitari a strutture ospedaliere o socio-sanitarie per competenza e per continuità di cure;

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** all'esecuzione di riprese video nel corso dell'operazione per scopi medici; tale consenso è espresso a condizione che in ogni caso le eventuali immagini relative alla mia identità personale non vengano mai rivelate, né i miei dati indicati, comunicati o, comunque, individuabili.

Bra, _____

Firma per esteso e leggibile _____