



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\_001 – Rev3 02.10.18

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

Io sottoscritto/a

Nato/a

Residente

Codice fiscale

STIZZA MARINA  
a ROMA il 22/11/1962  
ROMA (RM) in VIA LUMEZZANE  
STZMRN625674901P

Telefono **06**

Genitore

Tutore

Legale Rappresentante

(barrare la voce che interessa)

Cognome e nome

Nato/a

Residente

Codice fiscale

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**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'Ospedale 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'Ospedale 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'Ospedale in occasione dei singoli eventi clinici anteriori alla data odierna (se presenti).

OSPEDALE  
"SAN PIETRO"

Via Cassia, 600  
00189 ROMA  
Tel. 06 335581  
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"

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 in Ospedale, salve mie specifiche contrarie manifestazioni di volontà.
- SI NO Acconsento a rendere le mie immagini e i miei referti consultabili in modalità online, sul sito web aziendale, per 45 giorni dalla data di rilascio, tramite l'inserimento delle credenziali personalmente consegnatemi (servizio Referti On-Line).

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

Data \_\_\_\_\_

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