



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale
di Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

CONSENSO PER CONDIVISIONI IMMAGINI E REFERTI CON SPECIALISTI, ENTI E AZIENDE SANITARIE

Io sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ Prov _____

codice fiscale _____

DICHIARO

- di essere:

☐ il diretto interessato

oppure:

☐ l'esercente la responsabilità genitoriale

☐ il tutore/curatore/amministratore di sostegno

nei confronti di:

Nome _____ Cognome _____

nata/o il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

- di aver letto e compreso l'informativa al trattamento dei dati personali affissa nei locali dell'ASL TO5 e consultabile sul sito nella pagina:
<https://www.aslto5.piemonte.it/it/attivita/informative-privacy> resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Eu 2016/679

☐ PRESTO IL CONSENSO

☐ NON PRESTO IL CONSENSO

affinché l'ASL TO5 condivida immagini e referti con specialisti esterni anche non appartenenti all'ambito delle Reti di Patologia e/o Hub di riferimento regionali.

Di essere stato informato che in qualsiasi momento posso revocare il consenso senza nessuna conseguenza sul percorso di cura e che per qualsiasi informazione posso rivolgermi a privacy@aslto5.piemonte.it

(Luogo, data) _____

Firma (per esteso e leggibile) _____