

# MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DELLA "CARTA DELLA SALUTE" E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il modulo, compilato e sottoscritto da un genitore o da chi esercita la responsabilità genitoriale o da un paziente maggiorenne, può essere inviato all'indirizzo [cartadellasalute@opbg.net](mailto:cartadellasalute@opbg.net) o consegnato presso gli Sportelli Amministrativi di tutte le sedi dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Le modalità di utilizzo del servizio "Carta della Salute" sono riportate sul "[Regolamento del servizio di consultazione telematica dei documenti clinici](#)". **Tutti i campi sono obbligatori ad eccezione di quelli contrassegnati con l'asterisco.**

## (dati del genitore o del paziente maggiorenne)

Il/La sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ codice fiscale  residente a \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ telefono\* \_\_\_\_\_

in qualità di:

genitore

esercente la responsabilità genitoriale del minore

paziente maggiorenne

## (dati del minore)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ codice fiscale  residente a \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ data di scadenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

(giorno/mese/anno)

## CHIEDE

l'attivazione del servizio "Carta della Salute" al fine di poter consultare i documenti clinici per via telematica del paziente

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ (dati del paziente)

Inoltre, il sottoscritto, come sopra identificato, consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 e s.m.i sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

## DICHIARA

di aver letto e compreso il contenuto dell'informativa sul trattamento dei dati personali, sul trattamento tramite Dossier Sanitario Elettronico riportata sul sito dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù unitamente al Regolamento per l'utilizzo della Carta della Salute.

## DICHIARA DI

prestare

non prestare

il proprio consenso al trattamento dei dati personali del paziente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, comprensivi dei dati sensibili, da parte dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, titolare del trattamento.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(giorno/mese/anno)

Firma \_\_\_\_\_

## DICHIARA INOLTRE DI

prestare

non prestare

il proprio consenso alla costituzione del dossier sanitario e all'alimentazione dello stesso con i dati prodotti da ora in poi

prestare

non prestare

il proprio consenso all'alimentazione del dossier sanitario con i dati generati da eventi clinici passati (nel caso di accesso successivo al primo)

### Ulteriori finalità del trattamento dei dati personali (dati del genitore o del paziente maggiorenne)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(giorno/mese/anno)

residente a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ telefono\* \_\_\_\_\_

dopo aver letto e compreso il contenuto dell'informativa sul trattamento dei dati personali anagrafici da lei inseriti nel presente modulo

presto il consenso

nego il consenso

per ricevere informazioni in merito ad attività istituzionali e iniziative dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù attraverso materiale informativo, promozionale e divulgativo che potrà essere trasmesso anche con modalità automatizzate, tramite posta elettronica e connesse applicazioni Web

presto il consenso

nego il consenso

per la comunicazione dei miei dati personali alla Fondazione Bambino Gesù Onlus e per ricevere informazioni sulle attività di fundraising e attività istituzionali della Fondazione

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(giorno/mese/anno)

Firma \_\_\_\_\_

Per avere informazioni sul trattamento dei dati personali,  
contattare l'Ospedale all'indirizzo [privacy@opbg.net](mailto:privacy@opbg.net)