

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale (facoltativo) _____

esercitando la rappresentanza legale in qualità di _____

(specificare se genitore, tutore legale, amministratore di sostegno ecc.) del/della:

Sig./sig.ra _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice fiscale (facoltativo): _____

presa visione, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 dell'informativa che precede, relativa all'utilizzazione dei miei dati personali da parte del **Centro Analisi s.n.c. dott. Ambrosino Alfonso (Titolare del trattamento)**, consento il trattamento dei dati personali da parte del Titolare sopra indicato, secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla finalità di cui al punto d):

“Trasferimento alle Autorità sanitarie deputate per Legge alla gestione dell'emergenza COVID-19 dei dati relativi agli accertamenti diagnostici, in virtù di specifico provvedimento normativo o altro atto che ne legittimi il trasferimento ovvero, nelle more dell'emanazione del provvedimento, su richiesta diretta da parte delle Autorità sanitarie e previo consenso dell'interessato”

CONSENTO

NON CONSENTO

Nola lì, _____

Firma: _____

Per presa visione della **“informativa per il trattamento dei dati personali”** ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)

Nola lì, _____

Firma: _____