

## **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: \_\_\_\_\_