

Dott. Luigi Bianchini
Via Vega 25
47923 RIMINI (RN)
Email: luigibianchini@libero.it
PEC: luigi.bianchini.oxpb@rnomceo.it
Tel.: 0541770145
C.F.: BNCLGU59P03A944A P. IVA 01837160405



CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PARTICOLARI SOTTOPOSTI A MAGGIOR TUTELA DI ANONIMATO AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO DEL GARANTE PRIVACY 4 GIUGNO 2015

(violenza sessuale, uso sostanze psicotrope, interruz. volont. Gravidanza, ecc.)

Il Titolare del trattamento Dott. Luigi Bianchini Le richiede lo specifico consenso ad inserire nel *dossier sanitario elettronico*, cui Lei ha già prestato il generale consenso, anche informazioni relative a prestazioni sanitarie che l'ordinamento vigente sottopone a maggior tutela di riservatezza e dignità personale. Si tratta, in particolare, dei dati soggetti a maggiore tutela dell'anonimato, ovvero relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia, all'infezioni da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari.

Il Titolare Le ricorda, altresì, che Lei può legittimamente richiedere che tali informazioni siano consultabili solo da parte di alcuni dei soggetti operanti nella struttura, così come da Lei espressamente individuati, fermo restando la possibilità che agli stessi possano sempre accedere i professionisti che li hanno elaborati.

Io sottoscritt _____ nato a _____ il ___/___/_____ residente a _____ via/piazza _____ Tel. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

GENITORE/TUTORE LEGALE

del minore _____ nato a _____ il ___/___/_____ residente a _____ via/piazza _____

dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della responsabilità genitoriale/tutoria nei confronti del minore di cui sopra,

autorizzo

il Titolare Dott. Luigi Bianchini ad inserire nel Dossier Sanitario Elettronico relativo al predetto minore i seguenti dati:

.....
.....

- 1) In mancanza di specificazione al sottostante punto 2, autorizzo all'accesso alle predette informazioni tutti gli operatori sanitari.
- 2) Autorizzo all'accesso alle predette informazioni solo i seguenti operatori sanitari:

.....
.....

Data, _____ Firma _____