

Presenza visione dell'informativa e Consenso al trattamento (tutti i campi sono obbligatori)

Il sottoscritto:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Cod. Fiscale: _____ Residente a: _____

Cap: _____ Via: _____

e-mail _____ Cell.: _____

esercitante la potestà genitoriale sul MINORE di 14 anni:

Il sottoscritto _____ a _____ nato il

_____ C.F. _____

quale fruitore dei servizi di Telemedicina di Health Telematic Network Srl, letta l'informativa HTN redatta ai sensi della normativa vigente UE 679/2016:

1. Dichiaro di aver preso integrale visione dell'informativa sul trattamento dei dati sopra e di aver compreso le finalità per cui sono trattati i miei dati personali.

Luogo e data, _____

In fede _____

2. Dichiaro di aver preso integrale visione dell'informativa sul trattamento dei dati sopra descritta e liberamente:

- *Acconto alla creazione e alimentazione di un dossier sanitario personale.*
- *Acconto alla consultazione informatica del mio dossier sanitario da parte degli operatori sanitari incaricati della lettura dei miei parametri biologici.*

Accetto/non accetto

Luogo e data, _____

In fede _____