

**S.S.D. MEDICINA DELLO SPORT**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.  
e GDPR n. 2016/679 del 27.04.2016

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, per sé o, in qualità  
di esercente la responsabilità genitoriale/tutoriale, per \_\_\_\_\_ (cognome e nome del  
soggetto minore o sottoposto a misura di protezione), nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;

acquisite e comprese le informazioni fornite dal Titolare del trattamento attraverso la nota  
informativa riportata sul retro del presente modulo, consapevole in particolare che il trattamento  
riguarderà i dati personali e sensibili, come esplicitato nell'informativa;

**AUTORIZZA**

- il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle finalità indicate nell'informativa e la  
comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa allegata al presente modello (anche  
in relazione ad eventuali trasferimenti presso altri reparti o strutture sanitarie).

Torino

Firma dell'interessato

Firma dell'esercente la responsabilità  
genitoriale o tutoriale

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**inoltre AUTORIZZA (facoltativo)**

il trattamento dei dati ai fini di formazione, studio e ricerca scientifica da parte del personale dell'A.S.L.  
Città di Torino e degli studenti autorizzati.

Torino

Firma dell'interessato

Firma dell'esercente la responsabilità  
genitoriale o tutoriale

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IN CASO D'INCAPACITÀ PSICO-FISICA TEMPORANEA dell'Interessato**

Il sottoscritto, Dott. \_\_\_\_\_, dichiara che il signor \_\_\_\_\_,  
non è nelle condizioni psicofisiche per poter esprimere il proprio valido consenso, pertanto ai sensi  
dell'art. 82 del D.Lgs. 196/03, il consenso al trattamento dei dati, previa informativa e fino al persistere  
dell'impossibilità da parte dell'interessato, viene rilasciato da:

- prossimo congiunto (specificare nome e cognome) - \_\_\_\_\_
- familiare (specificare nome e cognome) \_\_\_\_\_
- convivente (specificare nome e cognome) \_\_\_\_\_
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (specificare) \_\_\_\_\_

che indica altresì le persone a cui effettuare comunicazioni in merito alla salute del paziente.

Torino

Timbro e firma del medico

Firma di chi rilascia il consenso per l'interessato

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_