

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI PERSONA
INCAPACE O IMPOSSIBILITATA**

Il/la sottoscritto/a Nato/a a il
..... Residente a in via
..... CF..... Tel.
.....

In qualità di Amministratore/Tutore/Curatore/Familiare o altro
(specificare.....) del/della
Sig./Sig.ra.....Nato/a a il
..... Residente a in via
CF..... Tel.

Preso visione dell’informativa fornitami dal Titolare del Trattamento “UniPancreas Associazione Onlus” che, in osservanza del Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR) e nel rispetto delle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo per la Telemedicina del 2014, approvate il 20 febbraio 2014 dalla Conferenza Stato – Regioni, fornisce ai sensi dell’art. 13 del GDPR le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali e relativi alla salute tramite i servizi di Telemedicina offerti dalla piattaforma UniWebPancreas, consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali e clinici idonei a rivelare lo stato di salute, consapevole che il presente consenso potrà essere modificato in qualsiasi momento ai sensi degli artt. 15 e seguenti del GDPR.

❖ Ai sensi e per gli effetti dell’art. 8 del GDPR

A) ACCONSENTE al trattamento dei dati personali dell’Assistito/a, secondo le modalità e nei limiti previsti dall’Informativa ex art. 13 del GDPR, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza

SI

NO

B) ACCONSENTE che i dati clinici relativi all’Assistito/a, oggetto del trattamento, pseudonimizzati in modo tale che i dati non siano più associati alla persona fisica, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

SI

NO