



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

(Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati R.G.P.D. 2016/679 - D.L.gs 196/2003 e s.m.i.)

Io sottoscritto/a* _____

***Inserire i dati della persona da sottoporre a visita anche se minorenni; in tal caso la firma sarà del genitore**

Nato/a a/in _____ il _____

Codice Fiscale _____

Preso visione dell'informativa estesa predisposta dall'ASLTO4 ai sensi del R.G.P.D 2016/679, artt. 13 e 14 e ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e s.i.m. sulla protezione dei dati, consapevole della necessità da parte dell'ASLTO4 di trattare, dietro mio esplicito e libero consenso, i dati personali che mi riguardano per l'erogazione delle prestazioni di cui necessito e che gli stessi dati potranno, quando necessariamente richiesto da alcune tipologie di prestazioni, essere trattati da soggetti terzi, nel rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, pertinenza, non eccedenza e bilanciamento degli interessi di ciascun soggetto

PRESTO IL CONSENSO

al trattamento dei miei dati personali, anche riguardanti il mio stato di salute, consentendo così all'ASLTO4 di erogarmi prestazioni finalizzate alla visita medica sportiva e al rilascio del giudizio di idoneità alla pratica sportiva, a tutela della mia salute e/o della mia incolumità.

Acconsento inoltre in caso di urgenza, a seguito di giudizio concluso in un secondo tempo e non ritirato di persona, alla trasmissione del solo giudizio di idoneità alla pratica sportiva alla Società Sportiva _____, da me indicata, destinataria dello stesso secondo le norme vigenti.

SI

NO

Data _____

L'INTERESSATO (**firma leggibile**)

In caso di minore indicare la qualifica di chi sottoscrive in sua vece:

- Genitore
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Altra figura (specificare)

Data _____

L'OPERATORE CHE RICEVE IL CONSENSO (**firma leggibile**)



www.regione.piemonte.it/sanita