

Modulo
**CONSENSO ED EVENTUALE REVOCA AL TRATTAMENTO DEI
DATI PERSONALI PER IL CANDIDATO DONATORE**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto _____ nato il ____/____/____
a _____ e residente a _____
in via _____ CAP _____ telefono _____
codice fiscale _____

Dichiaro di aver presa integrale conoscenza del contenuto dell’”**Informativa al Trattamento dei Dati Personali relativa al CANDIDATO DONATORE**”, resami ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali. Con la sottoscrizione del presente modulo,

acconsento **non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 del Reg. UE 2016/679, secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa fornita.

L’eventuale mancato conferimento del consenso comporterà l’impossibilità di costituire o proseguire il rapporto con l’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello” e, dunque, di effettuare donazioni di sangue e di emocomponenti.

Luogo e data _____ **Firma del donatore** _____

REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____
codice fiscale _____

ai sensi dell’art. 7 del Reg. UE 2016/679, può esercitare il proprio diritto alla revoca del consenso prestato, per una o più finalità del trattamento dei dati personali di cui all’informativa resagli. La revoca del consenso precedentemente prestato, non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca, ma l’eventuale revoca del consenso comporterà l’impossibilità di proseguire il rapporto con l’Azienda Ospedaliera “Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello” e la conseguente cancellazione dei suoi dati identificativi all’interno delle Banche Dati dei Volontari donatori di sangue ed emocomponenti.

In particolare, **CHIEDE** la **revoca del consenso al trattamento dei seguenti dati personali e/o particolari:** _____

Luogo e data _____ **Firma del revocante** _____