

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 23 del d.lgs 196/2003

Il
sottoscritto

OPPURE

Il sottoscritto

In qualità di

Legale rappresentante, familiare, prossimo congiunto, convivente o responsabile della struttura

Del/la Signor/a

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003,
Consapevole che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d);
Consapevole che un eventuale rifiuto, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente all'accoglimento dell'ospite,

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa. (obbligatoria)
- presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa. (obbligatoria)
- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa. (obbligatoria)
- presta il suo consenso per la raccolta e il trattamento delle immagini personali. (facoltativa)
- non presta il suo consenso per la raccolta e il trattamento delle immagini personali. (facoltativa)

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

che il proprio nome e cognome venga indicato nella segnaletica posizionata all'ingresso della propria stanza di degenza (in caso di risposta negativa verrà esposto nome per esteso e cognome con iniziale puntata).

SI OPPONE

NON SI OPPONE

alla trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria delle informazioni contenute in fattura

(Luogo e data)

Firma

Autorizza il titolare del trattamento alla comunicazione dei dati sensibili relativi allo stato di salute, ai soggetti sotto riportati (es: familiari, parenti, amici).

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ATTENZIONE: i dati verranno comunicati esclusivamente ai soggetti sopra elencati, salvo Vs. rettifica scritta.

Consente altresì alla gestione informatizzata della cartella sanitaria (mediante la costituzione del *fascicolo o del dossier sanitario*) autorizzandone nel contempo l'accesso e la consultazione a:

- personale medico, infermieristico, fisioterapico, assistenziale e amministrativo della struttura e/o operante in convenzione con la stessa (per le rispettive competenze); (obbligatoria)
- personale medico, infermieristico fisioterapico, assistenziale e amministrativo incaricato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (per le rispettive competenze); (obbligatoria)
- eventuali altri soggetti da indicare _____

(Luogo e data)

Firma