

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto	
------------------------	--

oppure

Il sottoscritto	
In qualità di	legale rappresentante, familiare, prossimo congiunto, convivente del signor/della signora _____
Oppure	(tutela incolumità fisica - interesse pubblico rilevante) _____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg.Ue 16/679

<input type="checkbox"/> consente	<input type="checkbox"/> non consente
alla gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria autorizzandone l'allocazione nel dossier sanitario elettronico della APSP con possibilità di consultazione da parte dei soggetti coinvolti del processo di cura	
<input type="checkbox"/> recupero dei dati storici	<input type="checkbox"/> senza il recupero dei dati storici

L'interessato **chiede/non chiede** 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).

luogo, data

firma

L'interessato, acquisite le relative informazioni, in riferimento ai

DATI SOGGETTI A MAGGIOR TUTELA DELL'ANONIMATO <i>(dati relativi a violenza sessuale o pedofilia, infezioni da HIV, uso di sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, interventi di interruzione della gravidanza)</i> <input type="checkbox"/> consente	<input type="checkbox"/> non consente
all'inserimento/consultazione dei predetti dati nel fascicolo sanitario/dossier sanitario	

L'interessato autorizza il titolare del trattamento a poter comunicare i propri dati relativi allo stato di salute, ai soggetti di seguito indicati:

NOMINATIVO	QUALITA' DEL SOGGETTO INDICATO	NR. TELEFONO

ALTRESÌ

presta

non presta

il proprio consenso per la raccolta e la diffusione del proprio ritratto fotografico per i fini indicati nella predetta informativa.

luogo, data

firma

