

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

oppure

Il sottoscritto	<p>legale rappresentante, familiare, prossimo congiunto, convivente del signor/della signora</p> <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/> <p>(tutela incolumità fisica - interesse pubblico rilevante)</p> <hr style="width: 80%; margin: 10px auto;"/>
In qualità di	
Oppure	

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
<p>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</p>
<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

<p>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></p> <p><input type="checkbox"/> consente <input type="checkbox"/> non consente</p>
<p>all'inserimento/consultazione dei predetti dati nel fascicolo sanitario/dossier sanitario</p>

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