

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

oppure

Il sottoscritto	
In qualità di	legale rappresentante, familiare, prossimo congiunto, convivente del signor/della signora _____

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 con	
<input type="checkbox"/> il recupero dei dati storici	<input type="checkbox"/> senza il recupero dei dati storici
e	
<input type="checkbox"/> autorizza la consultazione al personale della APSP coinvolto nel processo di cura	

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:

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
