

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

<b>Il sottoscritto</b>	
------------------------	--

**oppure**

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

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

<input type="checkbox"/>	<b>presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali riferiti allo stato di salute necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa</b>
<input type="checkbox"/>	<b>presta il suo consenso per la comunicazione dei propri dati personali ai soggetti indicati nell'informativa.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>presta il suo consenso alla gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria autorizzandone nel contempo l'accesso e la consultazione a:</b> <b>o personale medico, infermieristico e socio assistenziale (per le rispettive competenze) che opera nell'ente;</b> <b>o personale medico, infermieristico e amministrativo (per le rispettive competenze) incaricato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari</b>

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).

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


**ALTRESÌ**

o presta

o 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) \_\_\_\_\_