

CONSENSO al TRATTAMENTO DEI DATI generico UTENTI SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD) (Dlgs 196/03)

Ai sensi dell'art.81 ed 82 del D.Lgs. 196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere per iscritto il proprio consenso per il trattamento dei dati relativi alla salute, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

il/la sig./ra _____ UTENTE

il/la sig./ra _____ referente

in qualità di:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figlio | <input type="checkbox"/> Tutore |
| <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Curatore |
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> |
| Altro _____ | |

residente in _____

i cui recapiti telefonici sono _____

viene edotto dal medico competente e riconosce che **le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,**

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona interessata al ricovero e/o dei propri;

Data _____ In fede _____

Il sottoscritto, come sopra identificato **acconsente**, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla mera **presenza** di me medesimo o dell'interessato presso questa struttura a:

- a nessuno
- solo a.....
- a tutti coloro che lo richiedano

Data _____ In fede _____

Il sottoscritto, in qualità di persona responsabile del soggetto interessato e sopra identificato, esprime esplicito consenso per i trattamenti suddetti:

Data _____ In fede _____