



ATTO DI INFORMAZIONE EX ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

- PRESTAZIONE SANITARIA/SOCIOSANITARIA/ASSISTENZIALE/SOCIOASSISTENZIALE/SOCIALE, IVI INCLUSE LE CONNESSE ED INCIDENTALI ULTERIORI FINALITA' DI TRATTAMENTO -

IOTESI A) – UTENTE/PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, e residente in _____, via/strada/piazza _____, n. _____

IOTESI B) – RAPPRESENTANTE LEGALE/FAMIGLIARE DELL'UTENTE/PAZIENTE

Io sottoscritto/a _____, in qualità di rappresentante legale/famigliare dell'utente _____

ATTESTAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PER PRESTAZIONE SANITARIA

(da far firmare per presa visione in caso di ricovero)

dichiara di essere a conoscenza della disponibilità e della visibilità, presso le strutture di ricovero e sul sito internet di ASST Rhodense, dell'Informativa prestazione sanitaria / sociosanitaria / assistenziale / socioassistenziale / sociale, ivi incluse le connesse ed incidentali ulteriori finalità di trattamento e di aver preso visione del relativo contenuto.

Data: _____

Firma leggibile: _____

MODULI DI RACCOLTA DEL CONSENSO

(da raccogliere in caso di ricovero)

1) COMUNICAZIONE A SOGGETTI TERZI SUL RICOVERO E REPARTO DI DEGENZA – Modulo per le comunicazioni della portineria.

Acconsento a comunicare informazioni sul mio ricovero/sul ricovero del paziente in questione, ivi incluso il relativo reparto di degenza, ai soggetti cd. terzi (finalità di cui all'art. 2.4. lettera f) dell'informativa privacy).

- SI
 NO

Data: _____

Firma leggibile: _____

2) COMUNICAZIONE A SOGGETTI TERZI SULLO STATO DI SALUTE.

Acconsento a comunicare informazioni sul mio stato di salute/sullo stato di salute del paziente in questione, ai soggetti cd. terzi (finalità di cui all'art. 2.4. lettera g) dell'informativa privacy).

- SI

Indicare a quali soggetti:

- _____ ; telefono: _____
- _____ ; telefono: _____
- _____ ; telefono: _____
- _____ ; telefono: _____
- _____ ; telefono: _____

- NO

Data: _____

Firma leggibile: _____

3) ATTIVITA' DIDATTICA DELL'ASST RHODENSE.

- Presto il consenso al trattamento dei dati personali e dei dati personali cd. particolari dell'utente/paziente, affinché ASST RHODENSE possa eseguire la finalità didattica meglio descritta all'art. 2.3. lettera a) dell'informativa privacy di sopra, sempre agevolmente accessibile nel relativo sito internet.

Data: _____

Firma leggibile: _____

4) INDAGINE STATISTICA.

Acconsento a comunicare a ISTAT i miei dati personali e i miei dati personali cd. particolari per l'esecuzione di un'indagine/rilevazione statistica. (finalità di cui all'art. 2.2. lettera d) dell'informativa privacy).

- SI
 NO

Data: _____

Firma leggibile: _____

**MODULO PER IMPOSSIBILITA' DI RACCOGLIERE PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA EX ART. 13
DEL GDPR E/O IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto/a _____

Dichiaro che, all'atto della prestazione/ricovero del _____, **non è stato possibile raccogliere la presa visione dell'informazione ex art. 13 del GDPR in questione e/o acquisire il consenso al trattamento dei dati personali:**

- A causa delle condizioni psico-fisiche del paziente;
- A causa dell'assenza del rappresentante legale/famigliare o soggetto delegato del paziente.

Data: _____

Firma dell'operatore sanitario: _____

MODULO DI DELEGA PER L'ACCOMPAGNAMENTO DI UN MINORE

(Allegato ad Informativa ex art. 13 del GDPR - Prestazioni sanitarie e finalità correlate)

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____ a _____, documento d'identità n. _____, rilasciato da _____ in data _____

In qualità di:

- Padre
- Madre
- Genitore affidatario
- Tutore

Esercente la patria potestà del/la Minore _____

Nato/a a _____ il _____

DELEGA e AUTORIZZA

Il sig./sig.ra _____, nato/a il _____ a _____, documento d'identità n. _____, rilasciato da _____ in data _____

- ad accompagnare in sua vece il/la minore suindicato/a per l'esecuzione della prestazione sanitaria
- a ricevere comunicazioni attinenti la prestazione
- a ricevere comunicazioni attinenti lo stato di salute del paziente

Dichiaro di aver letto l'informativa ex art. 13 del GDPR Prestazioni sanitarie e finalità correlate di ASST RHODENSE (agevolmente rinvenibile all'interno del sito internet e/o in appositi spazi/locali di quest'ultima), con specifico riferimento all'articolo 2.1.

Allegare copia del documento d'identità del soggetto delegante e del soggetto delegato.

Data: _____

Firma: _____