

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER

## COMUNICAZIONI DATI SANITARI

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI PROPRI DATI A SOGGETTI AUTORIZZATI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

## AUTORIZZO ESPRESSAMENTE L' ENTE

a fornire informazioni e documenti concernenti il mio stato di salute e la mia presenza in Struttura a:

- ☐ coniuge  
☐ figli  
☐ fratelli / sorelle  
☐ Amministratore di Sostegno  
☐ tutti i familiari  
☐ altri

1) \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_),  
 2) \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_),  
 3) \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_),

Inoltre, i medesimi avranno titolo per avere copia della mia cartella clinica.

Tregnago: \_\_\_\_\_

Firma interessato \_\_\_\_\_

*OPPURE*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ (Amministratore di Sostegno / Tutore / Familiare di riferimento in veste di gestore affari altrui) dell'Ospite \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016, ed esprimo il consenso per conto dell'ospite precedentemente menzionato, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso.

NB la scelta non può essere fatta da chi non è rappresentante dell'interessato incapace (neppure gestore affari altrui)

Tregnago, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_