



Fondazione "San Germano" ETS

Varzi

(Prov. di Pavia)

Rev. 02

CONSENSO DELL'UTENTE

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- Interessato
 Rappresentante legale dell'interessato (amministratore di sostegno, tutore, curatore)

nato a _____ il _____ C.F. _____

residente in _____, del Sig./Sig.ra (se diverso da interessato) _____

_____ nato/a a _____ il _____

dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, relativi alla salute e/o al benessere psico-fisico e quelli necessari per le finalità dell'intervento proposto e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a:

- Coloro che lo richiedono
 Indicare il nome delle persone che lo richiedono -----

- Nessuno

Data

L'interessato o rappresentante legale

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori SI NO
- Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet. SI NO
- Utilizzo di immagini a scopo clinico / terapeutico. SI NO

Data

L'interessato o rappresentante legale

Il sottoscritto _____ in qualità di :

- Interessato
 Rappresentante legale dell'interessato (amministratore di sostegno, tutore, curatore)

Nato a _____, il _____, C.F. _____,

residente in _____, del Sig./Sig.ra _____

esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Data

L'interessato o rappresentante legale



CONSENSO DEL FAMILIARE DELL'UTENTE

Il sottoscritto¹ _____ in qualità di _____
fa presente che le condizioni psicofisiche o l'età inferiore ai 18 anni del signor/della signora
_____ nato/a a _____ il _____
non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto, dichiara

- di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e/o al benessere psico-fisico e quelli necessari per le finalità dell'intervento proposto e per la durata precisati nell'informativa della persona.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e/o della presa in carico da parte degli operatori di Fondazione e dello stato di salute e/o di benessere psico-fisico della persona a:

- Coloro che lo richiedono
- Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____

- Nessuno

Data

Il parente/genitore¹
.....

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori. SI NO
- Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet. SI NO
- Utilizzo di immagini a scopo clinico / terapeutico. SI NO

Data

Il parente/genitore¹
.....

Il sottoscritto _____ in qualità di _____
Nato a _____, il _____, C.F. _____, residente in _____, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Data

Il parente/genitore¹
.....

¹ In caso di minore il consenso deve essere firmato da entrambi i genitori