

INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVI ALLA COMUNICAZIONE DA PARTE DI ASL2 SAVONESE DEI SUOI DATI PERSONALI DI SALUTE A PERSONE DI SUA FIDUCIA

Tessera sanitaria

cod fisc

☐ **in nome proprio**

☐ **in qualità di legale rappresentate del sig**

cognome

nome.....

Nato/a.....

il.....

Residente in

Via/P.zza.....n.....

Tessera sanitaria

cod fisc

CONSENSO FACOLTATIVO GENERALE PER AUTORIZZARE GLI OPERATORI SANITARI DI ASL 2 A COMUNICARE I DATI PERSONALI E DI SALUTE

Letta e compresa l'Informativa relativa al trattamento dei propri dati personali compresi quelli di salute ed esclusi i dati soggetti ad anonimato per legge (di norma oscurati automaticamente) effettuato da ASL 2 tramite il proprio personale

Autorizzo gli operatori sanitari di ASL2 a comunicare i miei dati personali e sensibili a familiari/conviventi ed alle persone che si occupano della mia persona (caregiver) da me espressamente indicate

☐ **SI**

☐ **NO**

Indico le persone di mia fiducia che possono ricevere informazioni sul mio stato di salute

.....

.....

.....

Data

Firma del dichiarante

.....

CONSENSO FACOLTATIVO GENERALE PER AUTORIZZARE GLI OPERATORI SANITARI DI ASL 2 A COMUNICARE LA MIA PRESENZA A REPARTO

Letta e compresa l'Informativa relativa al trattamento dei propri dati personali compresi quelli di salute ed esclusi i dati soggetti ad anonimato per legge (di norma oscurati automaticamente) effettuato da ASL 2 tramite il proprio personale

AUTORIZZO GLI OPERATORI SANITARI DI ASL2 A COMUNICARE AD EVENTUALI VISITATORI LA MIA PRESENZA A REPARTO

☐ **SI**

☐ **NO**

Data

Firma del dichiarante

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(parte da compilare con i dati di chi esercita la potestà /tutela)

Il/la sottoscritto/a

cognome

nome.....

Nato/a.....

il.....

Residente in

Via/P.zza.....n.....

Tessera sanitaria

cod fisc

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, DICHIARA , sotto la propria responsabilità :

☐ **di esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato**

ovvero di essere :

☐ **il tutore**

☐ **il curatore**

☐ **l' amministratore di sostegno del paziente sopra indicato**

L'originale cartaceo di informativa e consenso contenuti in questo documento (composto da due facciate) viene rilasciato al sottoscrittore per la conservazione il quale firma anche per ricevuta

Data

Firma del dichiarante.....