

AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome)

nato a.....

il...../...../.....

In qualità di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diretto interessato | <input type="checkbox"/> Convivente |
| <input type="checkbox"/> Tutore | <input type="checkbox"/> Prossimo congiunto |
| <input type="checkbox"/> Genitore | <input type="checkbox"/> Familiare |
| <input type="checkbox"/> Affidatario | <input type="checkbox"/> Responsabile della struttura presso la quale l'interessato dimora |
| <input type="checkbox"/> Coniuge | |

Del paziente.....

Documento di identità n°..... di chi ne fa le veci

Rilasciato il...../...../.....

(N.B. Nell'eventualità in cui il modulo sia compilato da chi fa le veci del paziente si dovrà obbligatoriamente allegare a questo modulo copia della carta di identità).

A seguito delle informazioni fornite dal Titolare del trattamento, Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Esprime:

- Autorizzazione Non autorizzazione

che sia data notizia del suo ricovero presso la struttura a chi ne faccia richiesta

Firma del diretto interessato o di chi ne fa le veci.....

Data...../...../.....

Esprime:

- Autorizzazione Non autorizzazione

che sia data comunicazione dei dati inerenti il suo stato di salute ai soggetti di seguito individuati

.....
.....
.....
.....

N.B. per la ricezione di comunicazioni scritte dovranno essere indicati i recapiti del/dei soggetto/i autorizzato/i, quali:

- Indirizzo PEC, qualora il soggetto indicato ne sia in possesso;

- Indirizzo mail, qualora il soggetto indicato ne sia in possesso;
- Indirizzo di residenza per la ricezione di posta ordinaria;
- Recapiti telefonici (fax / telefono fisso / cellulare).

Firma del diretto interessato o di chi ne fa le veci.....

Data...../...../.....

Esprime:

- Autorizzazione Non autorizzazione

che sia data comunicazione dei dati inerenti lo stato di salute al medico curante, individuato nella figura del

Dott.

Firma del diretto interessato o di chi ne fa le veci.....

Data...../...../.....

Il/La paziente, o chi ne fa le veci:

- Presta il consenso Non presta il consenso

all'utilizzo di immagini fotografiche riprese durante le prestazioni cliniche ricevute esclusivamente a scopo clinico e didattico dal personale sanitario.

(da compilare solo se previsto dai piani di cura)

Firma.....

Data...../...../.....

Il/La paziente, o chi ne fa le veci:

- Presta il consenso Non presta il consenso

per la raccolta di immagini (riprese fotografiche e video/audio) ai fini della pubblicazione su materiale a stampa prodotto dall' Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana e/o sul sito internet istituzionale e/o su profili ufficiali attivati sulle varie piattaforme digitali di condivisione di contenuti (social network come Facebook, Twitter, Instagram, Youtube, etc.) di cui l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana è amministratore.

Firma.....

Data...../...../.....

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si comunica che tutti i dati personali comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 7, par. 3 (ove presente il consenso), 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-melegnano-martesana.it. Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è il seguente soggetto:

DPO	P.IVA	Via/Piazza	CAP	Comune	Nominativo del DPO
LTA SRL	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	FARINA ANDREA

Parte riservata all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale

Si segnala che in data: ____/____/____ ora: ____:____ il Sig./Sig.ra

- non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere l'Autorizzazione e non sono presenti familiari o conviventi che possano esprimersi in sua vece
- non è in grado di firmare ma ha espresso verbalmente in mia presenza le sue volontà, che ho fedelmente riportato nel modulo
- si rifiuta di firmare.

Firma leggibile e numero di matricola o timbro del Medico e/o Operatore: _____.