



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto _____ o il sottoscritto _____
in qualità di (legale rappresentante, familiare, congiunto, convivente) _____
del signor/della signora _____ (ospite)

ACQUISITE

le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Reg. Ue 16/679

SI	NO	Consente alla gestione informatizzata della propria documentazione sanitaria autorizzandone l'allocazione nel dossier sanitario elettronico con:
		<input type="checkbox"/> il recupero dei dati storici;
		<input type="checkbox"/> senza il recupero dei dati storici

Firma

L'INTERESSATO HA FACOLTÀ DI AUTORIZZARE

il titolare del trattamento a poter comunicare i propri dati relativi allo stato di salute, ai soggetti di seguito indicati (es: familiari, parenti, amici).

Cognome e nome familiari, parenti, amici ecc.

Cognome e nome familiari, parenti, amici ecc.

Cognome e nome familiari, parenti, amici ecc.

Cognome e nome familiari, parenti, amici ecc.

ATTENZIONE: i dati verranno comunicati esclusivamente ai soggetti sopra elencati, salvo rettifica scritta dell'interessato, e ai terzi legittimati in forza di disposizione di legge.

Luogo e data

Firma