

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	MODULO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI Modulo Generale Area Territoriale	Cod.: MOD12POL02 Data: 03/12/2018 Rev . 01 Pagina 1 di 3
---	--	---

Area Territoriale del Comune di

DATI ANAGRAFICI DELL'INTERESSATO

Io sottoscritto(nome e cognome in stampatello)

Nato ailC.F.....

Residente avia

Documento di identità:.....rilasciato in data.....

Da.....

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni riportate nel documento “Informativa ex art.13 del Reg. UE n. 679/2016” relativa alle *Attività Aree Territoriali della ASST Valle Olona* ed **esprimo il consenso al trattamento dei miei dati:**

- a) da parte dell'ASST Valle Olona, per le finalità e con le modalità ivi descritte;
- b) da parte dell'ASST Valle Olona e/o di altri Enti/Istituzioni per indagini epidemiologiche, per fini di ricerca scientifica, per sondaggi, anche telefonici, inerenti la qualità di prestazioni ricevute nell'ambito delle funzioni di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria, implementazione dei programmi di prevenzione, di diagnosi precoce delle malattie, valutazione di efficacia di trattamenti sanitari erogati e della qualità ed appropriatezza dell'assistenza, identificazione del paziente in attesa di accedere alle sale mediche.

1 bis) CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO SINO

Come da informazioni acquisite con l “Informativa generale ex art.13 del Reg. UE n. 679/2016” dell'ASST Valle Olona nella parte dedicata alle Informazioni sul Dossier Sanitario.


2) INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a:

- Nessuno
- Familiari (nome e cognome)
- Medico curante (nome e cognome)
- Altro

Data**Firma leggibile del paziente (per i punti 1-2)**

NEL CASO IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE UN VALIDO CONSENSO E' NECESSARIO COMPILARE UNO DEI QUADRI SOTTOSTANTE

 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valle Olona</p>	MODULO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI Modulo Generale Area Territoriale	Cod.: MOD12POL02 Data: 03/12/2018 Rev . 01 Pagina 3 di 3
---	--	---

coniuge/convivente/prossimo congiunto (*n.b.: precisare*)
.....

Documento esibito:
 carta di identità altro (specificare)
 n.
 rilasciato da in data

A tal fine e per quanto sopra richiesto, avvalendomi della facoltà concessa dall'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, autocertifico di avere titolo ad esercitare la rappresentanza legale nella qualità sopra contrassegnata ed autorizzo il trattamento dei dati dell'interessato sopra identificato.

Data **Firma leggibile**

**QUADRO S - DA COMPILARE IN ASSENZA DI LEGALE RAPPRESENTANTE
A CURA DEL PERSONALE SANITARIO**

L'incaricato
 Dichiaro che il/la Sig.....
 sopra identificata nelle generalità,

E' stato debitamente informato e ha autorizzato con dichiarazione orale, chiara ed inequivocabile, il trattamento dei propri dati personali e inerenti lo stato di salute per l'espletamento delle Attività Socio-Sanitarie-Territoriali in particolare per.....
 e quindi per il relativo conseguente percorso di cura.

non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il modulo del consenso e non è accompagnato da nessun rappresentante legale che possa agire in nome e per conto dello stesso. Il trattamento dei dati personali e sensibili è comunque necessario per la salvaguardia degli interessi vitali del paziente

E' **persona minore di anni 18**, (maggiore di anni 14)
 debitamente informata in modo chiaro, adeguato e completo. Viene stabilito che ha la capacità personale di agire, di comprendere e valutare autonomamente le situazioni /problematiche, di prendere decisioni e quindi di autorizzare il trattamento dei propri dati personali e inerenti lo stato di salute per l'espletamento delle Attività Socio-Sanitarie Territoriali, in particolare per
 e quindi per il relativo conseguente percorso di cura

Data, Firma leggibile dell'incaricato