|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SANITARI**  Modulo Generale Area Territoriale |  |

Area Territoriale del Comune di ……………………………………..….

**DATI ANAGRAFICI DELL’INTERESSATO**

Io sottoscritto/a (nome e cognome in stampatello) ……………………………………...………………….…………….

Nato/a a ……………………………………….. il ………………………. C.F. …………………………...…………...

Residente a ……………………………..…………………… via ………………..…………...…………………………

Documento di identità …………………………………………………………… rilasciato in data ……..………….......

Da…………………………………..…………………………………………………………………………………….

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI e DOSSIER SANITARIO**

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**:

1. **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI SÌ** ❑ **NO** ❑

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 l’assistenza farmaceutica, protesica e cure domiciliari, 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 SÌ ❑ NO ❑**

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.

1. **INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

Autorizzo a fornire il mio stato di salute a: (dati anagrafici e di contatto per ogni opzione) \*

🞎 Nessuno

🞎 Familiari \*………………………………...…………………………….………………………………….………

🞎 Medico curante \*………………………..………….………………………………………….…………….…….

🞎 Altro \*………………………………….…………………………………………………………………………..

🞎 Al seguente n. di telefono/mail …….…………………………….……..…………………………………………

***Data*** *…………………* ***Firma leggibile (per i punti 1-1bis-2)*** *………….……………………………….*

***QUANDO L’INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE UN VALIDO CONSENSO***

***È NECESSARIO COMPILARE UNO DEI SUCCESSIVI QUADRI A –L –S e per i minori A1107\_P22\_POL01\_MD13***

**QUADRO A - DA COMPILARE IN ASSENZA DI LEGALE RAPPRESENTANTE**

**A CURA DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO**

**(per i minori è previsto apposito modulo A1107\_P22\_POL01\_MD13)**

|  |
| --- |
| L’Operatore Incaricato ……………..……………………………………………………………………….....…..  **Dichiara**  che l’Interessato Sig./Sig.ra (in stampatello)………..……………………………………………………..………...  Nato/a a…………………………..….…………..il …….……………. C.F. ……………………………………...  Residente a …………………………….…..……………… via ………….……………………………………….  Documento di identità …………………………………………………… rilasciato in data ………………..........  Da ………………………………………………………………………………………………………………….  ha delegato con dichiarazione chiara ed inequivocabile recepita in apposita delega (A1107\_P22\_POL01\_MD22 o equivalente) l’espletamento delle seguenti prestazioni sociosanitarie ..…………………….…..…………………..  ……………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………….………………….  al/alla Sig./Sig.ra .……………………………………………………………………………………………………  documento di identità …………………………………………….………..…… n. ………………………..………  rilasciato da ……………….………………………………………………………. in data ………………………   * La delega è completa di dichiarazione chiara ed inequivocabile dell’Interessato che attesta di essere a conoscenza dell’informativa ex art.13 del Reg. UE n. 679/2016 relativa alle *Attività Aree Territoriali della ASST Valle Olona* e di essere informato/a in merito alle modalità e finalità del trattamento dei propri dati e sui propri diritti e di autorizzarne il trattamento in conformità all’informativa. A tal fine la delega è completa di consenso al trattamento dei dati e pertanto il consenso si intende validamente fornito. * La delega non è completa di esplicita autorizzazione al trattamento dei dati dell’Interessato in conformità all’informativa ex 13 del Reg. UE n. 679/2016 relativa alle *Attività Aree Territoriali della ASST Valle Olona* e pertanto il consenso non può intendersi validamente fornito. Il trattamento dei dati personali e sanitari è comunque necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell’Interessato e pertanto si procede ad attivare la pratica con sospensione dell’efficacia, e quindi del trattamento dei dati, fino alla consegna da parte dell’Interessato o suo delegato del modulo del consenso debitamente sottoscritto dall'Interessato.   Data,…………………………………  Firma leggibile dell’Incaricato  …………………….…………………….  All.1 - copia doc. identità dell’Interessato delegante. |

**QUADRO L - DA COMPILARE A CURA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

*Per PERSONA:* 🞎 *incapace* 🞎 *interdetta* 🞎 *con* *impedimento fisico e/o impossibilità a firmare*

**(per i minori è previsto apposito modulo A1107\_P22\_POL01\_MD13)**

**DATI ANAGRAFICI DELL’INTERESSATO**

Sig./Sig.ra (nome e cognome in stampatello) ………………………..…………...……………………….………….….

Nato/a a ……………………….…………………….. il …………………. C.F. …………………………………..…...

Residente a ………………………….……………………… via ….………………..……………………………..…….

Documento di identità …………………………………………………………rilasciato in data …………………........

da …………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| ***Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Consenso al trattamento dei dati***  Io sottoscritto/a (nome e cognome in stampatello) …………..………………………...………………….…..…....  Nato/a a ……………………………………………………………… il ……………………..…..………………..  Residente a ……………………….…………………..……via …….………………………………………………  C.F:……………………………………………………………………………….  ❑ tutore/amministratore di sostegno/ esercente la tutela legale *(N.B.: precisare*) ……………………………………………………………………………………………………………………….  ❑ coniuge / convivente / prossimo congiunto *(N.B.: precisare*) ………………………..…………………………………………………………………………………..…………  Documento esibito:  ❑ carta di identità ❑ altro (specificare) …………………….………………………………………….……….….  n. …………………….. rilasciato da ………………………………………………… in data ................................  **a conoscenza delle informazioni fornite ex art.13 del Reg. UE n. 679/2016 *dall’ASST Valle Olona, 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*** * **autorizzo *il trattamento dei dati dell’interessato sopra identificato*** * **autorizzo *la costituzione del Dossier Sanitario*** * **autorizzo *a fornire informazione sullo stato di salute a:*** * Medico curante (dati anagrafici e di contatto) ………………………...…………………………..………… * Familiare / Altro (dati anagrafici e di contatto) ….…………...……..………………………………………. * Al seguente n. di telefono/mail …………………………...…………..………………………..………….…   **Data** ……………..…… **Firma leggibile** ………………………….………………….……….……… |

**QUADRO S - DA COMPILARE IN ASSENZA DI LEGALE RAPPRESENTANTE**

**A CURA DEL PERSONALE SANITARIO**

**(per i minori è previsto apposito modulo A1107\_P22\_POL01\_MD13)**

|  |
| --- |
| L’Operatore sanitario Incaricato Sig./Sig.ra ….……………………………………………………………..……….  **Dichiara**  che il/la Sig./Sig.ra (in stampatello) …………..………………………………………………….…………..……...  Nato/a a……………………………..…………….. il ………………….C.F……..………………………………...  Residente a ……………………………………………… via ………………..………………………………….….  Documento di identità ………………………………..……………………rilasciato in data …………….….........  Da ………………………………………………………………………………………………………….   * è 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 seguenti prestazioni sociosanitarie...…………………………………………………………………………….……..   ………………………………………………………………………………………………………………...  ………………………………………………………………...………………………………………………  e quindi per il relativo conseguente percorso assistenziale.   * 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 delle categorie particolari di dati personali è comunque necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell’assistito. * è **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 per l’espletamento delle seguenti prestazioni sociosanitarie …………………………………………………….   ………………………………..………………………………………………………………………….……  …………………...……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………...…………………………………  e quindi per il relativo conseguente percorso assistenziale.  Data, Firma leggibile dell’incaricato ………………………………………..…….. |