PRESIDIO OSPEDALIERO DI:……………………………. Unità Organizzativa ……………..………………

N.B.: Una copia del presente modulo dovrà essere inviata all’Ufficio Accettazione Ricoveri SOLO nel caso in cui il ricoverato NON AUTORIZZI a fornire informazioni sulla sua presenza in Ospedale. I nominativi delle persone non autorizzate a ricevere informazioni circa la presenza del paziente in Ospedale devono essere comunicati tempestivamente dal personale di reparto al Servizio Portineria di Presidio

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

Nato a …………………………………..………………………………… il ………………………..…..………………

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

C.F. ……………………………………………………………………………………………………………………….

**>>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni riportate nel documento “Informativa generale ex art.13 Reg. UE n. 679/2016” ed **esprimo il consenso al trattamento dei miei dati** per le seguenti finalità;

1. **consenso al dossier sanitario** **SÌ** ❑ **NO** ❑
2. **consenso consultazione fascicolo sanitario elettronico** **SÌ** ❑ **NO** ❑
3. **consenso ai referti on line**  **SÌ** ❑ **NO** ❑
4. **consenso all’uso di app mediche**  **SÌ** ❑ **NO** ❑
5. **consenso per servizi digitali**  **SÌ** ❑ **NO** ❑

al seguente n. di telefono……………..……… o e-mail/PEC…………………………………………………

**>>OSCURAMENTO DATI: in presenza di tale richiesta utilizzare il modulo** A1107\_P22\_POL01\_MD19

**>>INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a: **\***(per ogni opzione precisare i dati anagrafici, mail e telefono)

🞎 Nessuno (o quale soggetto escludere) **\*.**.………………….………………………….…………………..………........

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

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

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

**INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE**

🞎 **Autorizzo** 🞎 **Non autorizzo** che sia resa nota la mia presenza in questo Ospedale,

🞎 *a chi ne faccia richiesta, oppure* 🞎 *solo alle seguenti persone*: (precisare i dati anagrafici, mail e telefono)

…………………………………………………..…………………………………………….……………………………

…………………………………………………..…………………………………………….……………………………

Data …………………..……Firma leggibile del paziente …………………….……..………………

NEL CASO IN CUI IL PAZIENTE NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE UN VALIDO CONSENSO

(incapaci, interdetti, con impedimento fisico e/o impossibilità a firmare)

DEVE ESSERE COMPILATA DAL LEGALE RAPPRESENTANTE LA PAGINA SUCCESSIVA

**(N.B. per i minori utilizzare A1107\_P22\_POL01\_MD10)**

PRESIDIO OSPEDALIERO DI:……………………………. Unità Organizzativa ……………..………………

N.B.: Una copia del presente modulo dovrà essere inviata all’Ufficio Accettazione Ricoveri SOLO nel caso in cui il ricoverato NON AUTORIZZI a fornire informazioni sulla sua presenza in Ospedale. I nominativi delle persone non autorizzate a ricevere informazioni circa la presenza del paziente in Ospedale devono essere comunicati tempestivamente dal personale di reparto al Servizio Portineria di Presidio

**DA COMPILARE A CURA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

**DATI DEL PAZIENTE:** 🞎 incapace 🞎 interdetto 🞎 con impedimento fisico e/o impossibilità a firmare

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

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

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

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

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

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e consenso al trattamento dei dati del legale rappresentante**

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

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

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

❑ tutore ❑ amministratore di sostegno ❑ esercente la tutela legale (*precisarne il motivo)* …………………....…..

…………………………………………………………………………………………………………………………

❑ coniuge ❑ convivente ❑ prossimo congiunto *(precisare parentela*) ………………………………………..……

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,

**1)**❑ **Autocertifico** di avere titolo ad esercitare la rappresentanza legale nella qualità sopra contrassegnata

**2)**❑**Autorizzo** il trattamento dei dati del paziente per : ❑ ***la*** ***consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico***

❑ ***la costituzione del Dossier Sanitario*** ❑ ***la consegna dei referti on line*** ❑ **l’*uso di App mediche***

***🞎 servizi digitali*** al seguente n. di telefono…………………..………o e-mail/pec.……….………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

**3)**❑**Autorizzo *a fornire informazioni sullo stato di salute a:*** (dati anagrafici, mail e telefono per ogni soggetto)

🞎 Medico curante..………………………………..….……………………………………………………………

🞎 Familiare / Altro………………………....…………….………………………..................................................

🞎 **Autorizzo**  🞎 **Non autorizzo**

che sia resa nota la presenza del paziente in questo Ospedale, escludendo dall’informazione le seguenti persone:

(dati anagrafici e di contatto)…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..…………………………..

**Data** ……………..………………. **Firma leggibile** ………………………….……..…….………….……………..