



CONSENSO PRIVACY

(Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale incaricato che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione)

Il/La Signore/a _____
(stampatello) Cognome Nome

DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI E AUTORIZZA L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI – ADDOLORATA

- 1) al trattamento dei suoi dati personali e sanitari al fine di fornire le prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta
- 2) ad informare i visitatori (familiari, parenti, conoscenti, ecc.) sul reparto in cui è ricoverato
- 3) a rilasciare, per il tramite del personale medico, informazioni sul suo stato di salute solo alle specifiche persone di seguito indicate

SI NO

SI NO

Se SI, specificare a chi:

(stampatello) Cognome Nome

(stampatello) Cognome Nome

(stampatello) Cognome Nome

- 4) ad essere contattato, anche telefonicamente, dopo la dimissione, per rispondere ad alcune domande relative al periodo di ricovero, al fine di rilevare il grado di soddisfazione circa i servizi resi dall'Azienda.

SI NO

Data _____

Firma _____
(Dell'utente o dell'incaricato dell'Azienda che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente)

RISERVATO AL PERSONALE - IN CASO DI AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DI INFORMAZIONI A TERZI (PUNTI "2"o "3") E/O AD ESSERE CONTATTATI (PUNTO "4") è obbligatorio inserire l'informazione nel sistema WIN ADT. In caso di non inserimento il sistema evidenzia che il consenso non è stato ottenuto.

* Nel caso di utente minorenni firma l'esercente la potestà genitoriale. Nel caso di urgenza firma un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora l'utente previa compilazione della dichiarazione sul retro della presente.



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente in _____
con documento identificativo _____ N° _____
rilasciato da _____ in data _____
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non
veritiere richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara in relazione a _____
_____ utente dei servizi sanitari dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni

Addolorata:

- di esercitare la potestà genitoriale sul minore sopra indicato
- di essere suo legale rappresentante o tutore (es: interdetto)
- di essere suo prossimo congiunto, familiare, parente o convivente: _____
(specificare)
- di essere responsabile o accompagnatore a ciò delegato della struttura presso la quale dimora.

Data _____ Firma del dichiarante _____