

Centro di Riabilitazione

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PAZIENTI

MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO (RICOVERO IN CONVITTO E SEMI CONVITTO, PRESTAZIONI AMBULATORIALI ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punibili dalla legge, sotto la mia responsabilità e ai sensi della normativa vigente, preso atto dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") rilasciata da Villaggio San Giuseppe

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (Prov. _____), il ___/___/____

Residente in _____ (Prov. _____), Via _____

CAP _____, tel. _____, email⁵ _____

Cod. Fisc. _____

in qualità di:

interessato

Oppure in qualità di:

Tutore

Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale

Legale rappresentante

Di (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ (Prov. _____), il ___/___/____

Residente in _____ (Prov. _____), Via _____

CAP _____, Cod. Fisc. _____

- Dichiaro, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), di avere ricevuto e di avere preso visione dell'informativa sopra riportata e di essere quindi a conoscenza della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili relativi allo stato di salute, nonché dei diritti riconosciuti agli interessati dal Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR").
- PRENDO ATTO che il titolare del trattamento, nell'accezione prevista dal Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), è Villaggio San Giuseppe e che i dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare appositamente autorizzati/designati, o dai soggetti nominati responsabili del trattamento, ai sensi degli artt. 28 e 29 del RGPD e della normativa privacy applicabile.

Centro di Riabilitazione

A) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI RELATIVI ALLO STATO DI SALUTE DELL'ASSISTITO.

dà il proprio consenso al trattamento dei dati personali e particolari/sensibili relativi allo stato di salute per finalità di tipo sanitario di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ed attività amministrative correlate e per le altre finalità sopra esposte nell'ambito delle funzioni istituzionali attribuite a Villaggio San Giuseppe. nega il proprio consenso

dà il proprio consenso al trattamento dei dati di un minore di 14. nega il proprio consenso

dà il proprio consenso nega il proprio consenso

affinché le notizie inerenti il proprio stato di salute possano essere trasmesse in forma sintetica, complete di diagnosi, al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

dà il proprio consenso nega il proprio consenso

affinché il personale sanitario del Reparto/della struttura del Villaggio San Giuseppe fornisca le informazioni riguardanti il proprio stato di salute ovvero dell'assistito ai soggetti da me specificati:

- Solo al sottoscritto
- A (specificare chi) _____
- Al proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

Si precisa che l'eventuale rifiuto di prestare il consenso in alcuni casi potrebbe comportare, come conseguenza, l'impossibilità per la struttura di perseguire le finalità.

Sezione riservata per attività di ricovero: barrare la voce scelta.

- Esprimo il mio consenso affinché il ricovero venga reso noto a terzi (compresi i familiari)
- Esprimo il mio consenso affinché il ricovero venga reso noto solo ai familiari
- Esprimo il mio consenso affinché il ricovero venga reso noto alle seguenti persone:

 Non acconsento che il ricovero venga reso noto a terzi (compresi i familiari)

B) CONSENSO PER IL TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI VERSO UN PAESE TERZO O UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE

dà il proprio consenso nega il proprio consenso

All'eventuale trasferimento dei dati personali verso un paese terzo, anche extra UE, o un'organizzazione internazionale, per la tutela della salute e per le altre finalità sopra evidenziate, secondo una delle modalità previste dalla vigente legge. Il titolare e/o il responsabile del trattamento attuerà le garanzie a tutela dell'interessato previste dalla normativa privacy applicabile, in particolare dal GDPR.

Centro di Riabilitazione

C) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE PER ATTIVITA' DIDATTICHE E DI FORMAZIONE

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

Al trattamento dei dati relativi alla salute, comprese eventuali immagini fotografiche o filmate relative alle prestazioni sanitarie, per attività didattiche e di formazione professionale dei medici e degli altri esercenti una professione sanitaria, nonché degli studenti, collaboratori e professionisti frequentanti i corsi di studio e di formazione, garantendo i diritti dell'interessato, nel caso eccezionale in cui non potrà essere garantito l'anonimato.

DATA _____

FIRMA _____

D) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' PROMOZIONALI

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

Al trattamento dei dati personali per attività promozionale dell'ASL AL, come l'invio (ad es. tramite sms, e-mail o posta ordinaria) di comunicazioni, di materiale informativo/promozionale, inerente, a titolo esemplificativo a notizie sulla ricerca, sull'innovazione terapeutica o per la comunicazione di eventi o altre iniziative di informazione. Le ricordiamo che il consenso potrà in qualsiasi momento essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

DATA _____

FIRMA _____

CONSENSO INFORMATO PER GENITORI/TUTORE LEGALE

Io sottoscritto (genitore 1) _____ nata il ___/___/___ residente a _____ via/piazza _____ Tel. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Io sottoscritto (genitore 2) _____ nato il ___/___/___ residente a _____ via/piazza _____ Tel. _____ domicilio (se diverso dalla residenza) _____

del minore _____ nato il ___/___/___ residente a _____ via/piazza _____

dichiaro di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale in vigore, ed esprimo il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali di mio figlio/a, con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa fornitami con il presente documento.

Nome per esteso del
Genitore1/tutore legale

___/___/___
Data

Firma

Nome per esteso del
Genitore2/tutore legale

___/___/___
Data

Firma

Centro di Riabilitazione

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che all'atto delle prestazioni e/o del ricovero in data ___/___/_____ il/la sig./sig.ra _____ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra. Si provvederà senza ritardo a dare l'informativa e a raccogliere il consenso non appena le condizioni psicofisiche lo consentiranno.

Data _____

Firma del medico _____

Liberatoria per l'uso delle riprese ludico ricreative per divulgazione ai familiari

AUTORIZZANO

- ✓ Il Titolare, mediante operatori all'uopo autorizzati, ad effettuare riprese video e/o scatti fotografici su pellicola, nastro o qualsiasi altro supporto analogico e/o digitale, che ritraggono la persona del minore nell'ambito delle attività _____;
- ✓ Il Titolare, alla pubblicazione delle riprese video e/o scatti fotografici acquisiti ai fini della documentazione e promozione dell'iniziativa eseguite dagli operatori nell'ambito del suddetto progetto. Tali pubblicazioni avverranno, a titolo esemplificativo e non esaustivo, all'interno portale web <https://www.villaggiosangiuseppe.ct.it>, mediante mezzi di comunicazione di massa (internet, ed in particolare social network Facebook, Twitter), all'interno di pubblicazioni, quotidiani e/o periodici, anche digitali, ovvero su materiale informativo cartaceo e all'interno di presentazioni pubbliche (slide), per l'esclusiva finalità di promozione e documentazione delle attività eseguite nel corso del suddetto progetto, nel rispetto della dignità e del decoro del soggetto rappresentato.

I sottoscritti, inoltre,

DICHIARANO

- ✓ di non avere nulla a pretendere dal Titolare e/o dai suoi aventi causa in merito all'utilizzazione del materiale fotografico/video acquisito per le finalità sopra indicate, né nell'anno corrente né negli anni a venire;
- ✓ espressamente di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali retroesposta e di aver ben compreso quanto in essa contenuto, sia relativamente al trattamento dei dati personali del minore sia relativamente ai diritti riconosciuti al medesimo, ai sensi degli artt. 15 - 16 - 17 - 18 - 20 - 21 del GDPR, in particolare, al fine di consentire il trattamento dei dati personali di cui sopra per le finalità e secondo le modalità descritte:

Presto il consenso

Nego il consenso

Aci Sant'Antonio, _____

I titolari della responsabilità genitoriale
Ovvero il tutore del minore
(Firme leggibili)

(Padre)

(Madre)

Il Tutore del minore
