

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI UTENTE E CARE GIVER

Gentile interessato, (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO)

rappresentato legalmente da _____

(COGNOME E NOME IN STAMPATELLO E RUOLO)

desideriamo informarLa che il Regolamento Europeo 2016/679 (*regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "GDPR"*) prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. **Casa di Cura santa Rita** in qualità di "**Titolare**" del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 e 14 del GDPR, pertanto, Le fornisce le informazioni esposte in bacheca presso l'accettazione.

Ai sensi del GDPR, **dichiaro** di aver preso visione dell'informativa esposta in bacheca presso l'accettazione, e **presto il mio consenso** quale interessato al trattamento dei dati anche in occasione di future prestazioni socio-sanitarie assistenziali, sino ad eventuale revoca da parte mia.

Nota bene: *se l'interessato è soggetto ad impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere o di volere e quindi non può apporre la firma di presa visione, la stessa è resa da chi dispone della responsabilità legale (specificare: amministratore di sostegno tutore curatore genitore (per i minori) altro _____)*
In caso di minore occorre la firma di entrambi i genitori

1. Customer satisfaction: Analisi di soddisfazione dei servizi erogati dall'istituto, tramite questionari cartacei o via telefono Acconsento Non Acconsento
2. Eventuale uso dei dati su internet/social network: Acconsento Non Acconsento
3. Uso dei dati dei familiari del paziente per comunicare lo stato di salute dello stesso:
 Acconsento Non Acconsento
4. Comunicazione dei dati particolari del paziente a terzi da egli comunicati: Acconsento Non Acconsento
5. Autorizzazione alla Costituzione del Dossier Sanitario: Acconsento Non Acconsento
6. Autorizzazione alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico: Acconsento Non Acconsento

Luogo e Data: _____

Firma leggibile dell'interessato o di chi ne fa le veci: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DEL CARE GIVER

(NOME E COGNOME) _____

Ai sensi del GDPR, dichiaro di aver preso visione dell'informativa e per i punti di seguito indicati:

1. Al trattamento dei miei dati personali Acconsento Non Acconsento
2. Utilizzo del numero di cellulare e/o dell'indirizzo e-mail personale per comunicazioni ufficiali da parte della Casa di Cura
 Acconsento Non Acconsento
Indicare numero di telefono e/o indirizzo e-mail da utilizzare: _____

Luogo e Data: _____ Firma leggibile dell'interessato _____