



Consenso al trattamento dati personali e consenso informato per i singoli atti sanitari proposti

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

In qualità di diretto interessato, dichiaro di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (Allegato A) e sulla natura e sulle caratteristiche del programma di Cure Domiciliari (Allegato B) fornitami dalla Fondazione "Mons. G. Carettoni" O.N.L.U.S. di Ponte di Legno (Bs).

Luogo, data _____ (firma)

Consenso al trattamento

Ricevuta l'informativa e preso atto, in particolare, dei diritti riconosciuti dal Reg. UE 2016/679 le chiediamo inoltre di voler segnalare il consenso alle seguenti modalità e finalità di trattamento dei suoi dati personali

- 1) esprimo il consenso nego il consenso
Al trattamento Fotografie che la ritraggono, destinate a esposizioni interne alla struttura e/o sul fascicolo socio sanitario per maggiore conoscibilità
- 2) esprimo il consenso nego il consenso
Fotografie e video che la ritraggono e che possono essere inserite nel materiale informativo della struttura (per es. Carta dei servizi, sito internet, etc.)

Luogo, data _____ (firma)

Nel caso l'ospite non sia in grado di apporre la firma

Io sottoscritto _____ (indicare nome e cognome in stampatello) in qualità di _____

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (Allegato C)

(firma leggibile dell' interessato al trattamento)

Ricevuta l'informativa e preso atto, in particolare, dei diritti riconosciuti dal Reg. UE 2016/679 le chiediamo inoltre di voler segnalare il consenso alle seguenti modalità e finalità di trattamento dei suoi dati personali

- 1) esprimo il consenso nego il consenso
Alla pubblicazione all'interno della struttura di immagini e riprese audiovisive che ritraggono il soggetto
- 2) esprimo il consenso nego il consenso
Alla conservazione del documento della copia del documento di identità fornito ai fini di identificare la persona

Luogo, data _____ (firma)