



Casa di Cura Privata N.S. della Mercede

Via Tagliamento, 25 - 00198 Roma - Tel. 06.8415741 - 06.8415641

MODULO DI ACQUISIZIONE E CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI E SENSIBILI

-prestazioni ambulatoriali-

(Regolamento UE 2016/679)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n° _____ C.F.: _____

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e sensibili, dichiara di aver letto e compreso il contenuto (in particolare che il trattamento riguarderà dati "sensibili") dell'informativa stessa e presta liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte della "Provincia Italiana dell'Istituto delle Suore Mercedarie" – Titolare del trattamento- come di seguito espresso:

- Acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili che Lo/a riguardano per finalità di cura e per le correlate attività (di cui ai punti n. 1, 2 e 3 della informativa sulla privacy)

SI

NO

- Acconsente affinché i Sanitari della Casa di Cura forniscano informazioni, riguardanti il proprio stato di salute, le patologie, le terapie e le procedure che Le saranno effettuate , a soggetti terzi

SI*

NO

*in caso affermativo indicare nome, cognome e numero di telefono dei soggetti ai quali fornire informazioni riguardante il proprio stato di salute.

Tel _____

Tel _____

Tel _____

- Acconsente all'invio della sua Documentazione Sanitaria tramite posta elettronica

SI*

NO

*in caso affermativo specificare l'indirizzo di posta elettronica _____



Casa di Cura Privata N.S. della Mercede

Via Tagliamento, 25 - 00198 Roma - Tel. 06.8415741 - 06.8415641

- Acconsente all'invio telematico di informazioni riguardanti le attività/servizi erogati dalla struttura

SI

NO

Data _____

Firma paziente

Firma del soggetto legittimato*

(COMPILARE AUTOCERTIFICAZIONE)

**(prossimo congiunto, familiare, convivente o in loro assenza il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato nei casi in cui il consenso può essere acquisito successivamente alle prestazioni o da altri soggetti legittimati come esplicitati nell'informativa)*

Firma dell' addetto _____



Casa di Cura Privata N.S. della Mercede

Via Tagliamento, 25 - 00198 Roma - Tel. 06.8415741 - 06.8415641

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n° _____ C.F.: _____
documento di riconoscimento _____ N° _____ rilasciato a _____ il _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell' art. 76 DPR n. 445/2000

DICHIARA DI AGIRE IN QUALITA' DI:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TUTORE | <input type="checkbox"/> AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO |
| <input type="checkbox"/> ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE | <input type="checkbox"/> LEGALE RAPPRESENTANTE |

rappresentante ex lege del paziente Sig./Sig.ra _____

Data _____

Firma _____

Firma dell' addetto _____