
CONSENSO INFORMATO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SUL PERCORSO DI CURA

Dichiarazione ai sensi dell'art.4, comma 2 del D.P.R. 445/2000

Il/la Sig. _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ (patente/carta d'identità n. _____, rilasciata da _____ in data _____), tel. _____;

dichiara che il proprio familiare _____, nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ (patente/carta d'identità n. _____, rilasciata da _____ in data _____), tel. _____, attualmente domiciliato a _____, in via _____ (se il domicilio è diverso dalla residenza), trovasi in situazione di impedimento temporaneo a sottoscrivere. Pertanto,

- 1) chiede che il proprio familiare possa usufruire di cure e/o trattamento riabilitativo presso _____ ubicato/a in _____ via _____ tel. _____ fax _____, per _____;
- 2) dichiara di essere in possesso di certificazione medica di proposta di inserimento in Struttura da medico specialista pubblico/convenzionato;
- 3) dichiara di essere stato informato, tramite modulo informativa, sui diritti e sui limiti concernenti la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- 4) dichiara di essere stato informato e di aver espresso consenso relativamente al percorso di cura/riabilitazione personalizzato proposto dall'UVT di Ghilarza-Bosa;
- 5) autorizza l'Azienda Sanitaria di Oristano al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003;
- 6) autorizza l'Azienda Sanitaria di Oristano a comunicare l'avvenuto inserimento in Struttura solo ai seguenti soggetti:

Il dichiarante (familiare del paziente)

La presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 4, comma 2 Legge 445/2000, è stata a me resa da _____ (grado di parentela _____), in presenza di un impedimento alla sottoscrizione del familiare Sig. _____

Luogo e data _____

Il Funzionario ASL Oristano

Sig./Dott. _____