



DIREZIONE GENERALE

(Allegato 7)

CONSENSO PRIVACY

(Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato al trattamento che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione)

Il/La Signore/a

(stampatello)

Cognome

Nome

DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI E AUTORIZZA L'AZIENDA USL ROMA 3

1) al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta

2) ad informare i visitatori (familiari, parenti, conoscenti, ecc.) sul reparto in cui è ricoverato

SI NO

3) a rilasciare, per il tramite del personale medico, informazioni sul suo stato di salute solo alle specifiche persone di seguito indicate

SI NO

Se SI, specificare a chi:

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

4) _____ (altro)

SI NO

Data _____


Firma _____

(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente)

Nel caso di utente minorenni firma l'esercente la potestà genitoriale. Nel caso di urgenza firma un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora l'utente previa compilazione della dichiarazione sul retro della presente.



(Allegato 7)

RISERVATO AL PERSONALE - IN CASO DI NON AUTORIZZAZIONE AL RILASCIO DI INFORMAZIONI A TERZI (PUNTI "2"o "3")
E/O AD ESSERE CONTATTATI (PUNTO "4") inserire con urgenza l'informazione nel sistema 

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____, residente in _____, con

documento identificativo _____ N° _____ rilasciato

da _____ in data _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara in relazione a _____

_____ utente dei servizi sanitari dell'Azienda USL Roma 3:

- di esercitare la potestà genitoriale sul minore sopra indicato
- di essere suo legale rappresentante o tutore (es.: interdetto)
- di essere suo prossimo congiunto, familiare, parente o convivente:

_____ (specificare)

- di essere responsabile o accompagnatore a ciò delegato della struttura presso la quale dimora.

Data _____ Firma del dichiarante _____