



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

R/014-02  
REV. 2  
Pag. 1/2

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 23 DLGS N.196/2003 (TUTELA DELLE PERSONE E DEGLI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI)

Spettabile Istituto, io sottoscritto (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_

ho letto ed esaminato con attenzione l'informativa e le notizie fornitemi circa l'esistenza, le modalità e le finalità del trattamento dei miei dati personali, ivi compresi i dati relativi al mio stato di salute e alle cure prestatemi, effettuato presso di Voi e prendo atto dei diritti che la Legge a tal proposito mi riconosce.

Come richiesto e per quanto necessario, **esprimo il mio pieno consenso** al trattamento in questione, nei limiti e per le esclusive finalità indicate nella informativa ricevuta – **limitatamente al periodo dell'attuale degenza - essendo consapevole che IN MANCANZA DI TALE CONSENSO NON VI SARÀ POSSIBILE EROGARE LE PRESTAZIONI SANITARIE RICHIESTE.**

Prendo atto, altresì, che le informazioni comuni e sensibili-sanitarie che mi riguardano saranno conservate con la massima garanzia di riservatezza e sicurezza e non saranno diffuse, ma soltanto comunicate, allorché indispensabile, a predeterminati soggetti terzi, come richiesto dalla legge, da norme e regolamenti e dai rapporti contrattuali in essere tra l'Istituto e gli Enti finanziatori della prestazione da me fruita (per es.: Azienda Sanitaria Locale o Compagnia assicuratrice).

In particolare, per quanto sopra, acconsento che i miei dati anagrafici, fiscali e sanitari, nei limiti strettamente indispensabili al raggiungimento delle finalità previste nell'informativa, vengano comunicati alle Pubbliche amministrazioni competenti (ASL, Autorità di pubblica sicurezza, Autorità giudiziaria), a medici professionisti, centri diagnostici, laboratori analisi, nonché - se richiesto – alle varie società di assicurazioni, ai Fondi di Assistenza Sanitaria Integrativa e ad altri soggetti terzi eventualmente interessati al rimborso delle prestazioni erogate, al fine sia del soddisfacimento degli adempimenti di legge, sia della più corretta ed efficace gestione della contabilità che dell'anagrafe dei clienti.

presto il consenso                      SI

presto il consenso                      NO

### IL MANCATO CONSENSO IMPEDISCE L'ATTIVAZIONE DELL'ITER DEL RICOVERO

Firma leggibile .....

Camogli, li .....



## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

R/014-02  
REV. 2  
Pag. 2/2

A) Autorizzo a **informare della mia presenza in struttura**

- nessuno  
 tutti

B) Autorizzo a **far comparire il mio nominativo su tabelloni/registri** relativi alle attività di degenza:

- SI'  
 NO (in tal caso comparirà il nome + iniziale del cognome)

C) Autorizzo a **fornire informazioni sul mio stato di salute:**

- a nessuno  
 ai miei familiari       al mio Medico curante       alle seguenti persone:

.....  
.....  
.....

D) Autorizzo a **fornire informazioni sul mio stato di salute alla struttura sanitaria di provenienza :**

- SI'  
 NO

Dichiaro di aver letto, compreso, e disposto quanto da me desiderato.

Firma leggibile .....

Camogli, li .....

Firma del Medico per presa visione dei consensi

.....