



FONDAZIONE
“Bartolomea Spada – Schilpario – Valle di Scalve”
O.N.L.U.S.

MOD06 - 02 - 2011

IMPOSSIBILITA' DELL'INTERESSATO A PRESTARE IL PROPRIO CONSENSO

Io sottoscritto Dott. _____ dichiaro che in data _____
_____ il/la Sig./ra _____ non risulta nelle
condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso al trattamento dei propri dati personali.

_____, li _____

Firma

Io sottoscritto _____ dal momento che l'interessato non risulta in grado di
prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere in
qualità _____ di _____ (specificare _____ i
requisiti)* _____ .

*(il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, così come previsto dall'art. 24 del D.Lgs. 196/2003).

Il sottoscritto è a conoscenza del fatto che, con il consenso che presto a questa Azienda Sanitaria, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie per il loro eventuale utilizzo nel Fascicolo Sanitario Elettronico dell'interessato.

Sono altresì a conoscenza del fatto che sia la comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che sta riguardando l'interessato, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico, potranno avere luogo solamente in presenza di specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – Informativa ex art.76 D.Lgs. 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

Do il consenso

Nego il consenso

per il trattamento dei dati sensibili, idonei anche a rilevare lo stato di salute dell'interessato.

_____, li _____

Firma
