

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	<b>CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI</b> Regolamento 679/2016/UE Art.13	Cod. Mod12PODAZ12 Data: 30/11/2020 pag. 1	Rev.: 0 di: 1
	UO/Servizio ..... N. Cartella clinica: .....		

Etichetta  
Identificativa

I dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute Le saranno comunicati, durante il ricovero/trattamento, solo dal personale dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale appositamente incaricato. Lei ha il diritto di indicare un altro sanitario e/o persona di Sua fiducia alla quale vuole che vengano fornite informazioni sul Suo stato di salute.

Il sottoscritto: Cognome: ..... Nome: .....

**Acconsente** che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute al Medico Curante:

Dr. .... ed alle altre sottoelencate persone di fiducia:

Cognome .....

Cognome .....

Nome .....

Nome .....

Recapito tel .....

Recapito tel .....

**Qualora volesse fare delle scelte particolari, nel rispetto della legge, Le è permesso di:**

- **Autorizzare il personale della portineria e/o del Reparto a *comunicare il proprio ricovero/trattamento*** **SI** ☐ **NO** ☐ \*

- **Delegare, in caso di impedimento, al ritiro dei propri documenti:**

Il Sig/la Sig.ra: ..... Grado di parentela: .....

**Da compilare se il paziente non può esercitare il proprio diritto al consenso:**

<b>MINORE</b>  NOME: ..... COGNOME..... Nato il ..... (Firme di entrambi i genitori)	<ul style="list-style-type: none"> <li>I sottoscritti :            Padre .....Firma .....            Madre .....Firma .....            Firma di un solo genitore che attesta che l'altro è impedito, come da dichiarazione di notorietà allegata.            Firma .....  <ul style="list-style-type: none"> <li>Tutore Legale (previa esibizione dell'atto di nomina, entrambi da allegare in copia)                Firma .....</li> </ul> </li> </ul>
<b>MAGGIORENNE CON TUTORE o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	Il /la Sottoscritto/a..... Sottoscrive in qualità di Tutore o Amministratore di sostegno (previa esibizione dell'atto di nomina) Firma.....
<b>PERSONA IMPOSSIBILITATA ALLA FIRMA</b> (analfabeta o motivi fisici)	Sigla ..... Firma Testimone ..... (doc. n. _____ del _____ ) Firma Testimone ..... (doc. n. _____ del _____ )

Avendo acquisito le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del GDPR 679/2016 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati, disponibili in forma completa presso la guardiola dei Reparti, dei Servizi e/o Poliambulatori e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati personali "sensibili" e/o particolari idonei a rivelare lo stato di salute e quelli legati alla necessità che mi venga applicato un braccialetto identificativo. **Responsabile per la protezione dei dati personali (RPD)**

Il Responsabile della Protezione dei Dati (Art. 37 Reg. 679/2016) individuato dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Bergamo Ovest LTA Srl -, il quale può essere contattato ai seguenti recapiti:

Dott. Luigi Recupero – [protocollo@pec.asst-bgovest.it](mailto:protocollo@pec.asst-bgovest.it)

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

**al trattamento dei miei dati personali da parte dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Bergamo Ovest, nonché all'applicazione del braccialetto identificativo.**

Firma leggibile dell'incaricato .....

Firma del/della paziente (o suo rappresentante) ..... Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nel caso di intervento del mediatore linguistico:**

Firma del mediatore linguistico .....

doc.....n° ..... rilasciato da ..... il..... (da allegare in copia)

\* L'incaricato che acquisisce il consenso, avvisa la portineria di non divulgare il ricovero e di togliere il nome dalle bacheche comuni.