

R.S.S.A. **SAN PIO**

Gestione S.A.aP. s.r.l.
Via Generale Scattaglia s.c.
Tel. 080/4596090 Fax. 080/4596531
70010 ADEL FI A (BA)

PRESTAZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
nato/a a il.....
residente a.....
tipo di documento..... n°
tel.....e-
mail.....

DICHIARA

di aver letto e compreso la presente lettera informativa datami e spiegata dal personale della **S.A.AP. srl (Residenza socio sanitaria San Pio)**, ai sensi dell'art. 13 del "**Codice Privacy**" D. Lgs 30/06/03 n. 196 e dell'art. 13 del **Regolamento UE 2016/679**, sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, e di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà dati personali "sensibili" di cui ho appreso il significato, vale a dire, tra l'altro, "i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute".

Dichiara, inoltre, di essere informato che il trattamento può riguardare anche dati genetici.

DATA _____ Firma leggibile _____

Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero dai genitori, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Il/La sottoscritto/a _____

esercitando la potestà genitoriale sul minore su indicato: essendo il Tutore del

soggetto su indicato: presta il consenso per il trattamento dei dati, ai soggetti e nelle modalità apprese nella presente informativa.

DATA _____ Firma leggibile _____

E' opportuno, inoltre, che Lei indichi per iscritto a quali persone possano essere comunicati i Suoi dati personali, anche quelli rientranti nel novero dei dati sensibili (riguardanti cioè anche il Suo stato di salute), se desidera effettuare le visite negli ambulatori senza accompagnatore e se vuole far sapere la Sua presenza presso la **S.A.AP. srl (Residenza socio sanitaria San Pio)** ad eventuali visitatori o telefonicamente. In mancanza di indicazioni scritte in tal senso, il personale sanitario ed amministrativo della **S.A.AP. srl (Residenza socio sanitaria San Pio)** e i professionisti esterni che collaborano con la **S.A.AP. srl (Residenza socio sanitaria San Pio)** potranno comunicare informazioni sul Suo stato di salute e altro.

Il/La sottoscritto/a **CONSENTE** che sia data comunicazione relativa alla propria presenza presso la **S.A.AP. srl (Residenza socio sanitaria San Pio)**, al proprio stato di salute e che la propria documentazione sanitaria (ivi comprese analisi, ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche, etc...) possa essere affidata:

solo al sottoscritto/a a chiunque ne faccia richiesta ai miei parenti
 al mio medico di medicina generale: dott. _____ tel. _____ alle _____ seguenti

R.S.S.A. **SAN PIO**

Gestione S.A.aP. s.r.l.

Via Generale Scattaglia s.c.

Tel. 080/4596090 Fax. 080/4596531

70010 ADEL FI A (BA)

persone.....

DATA _____ Firma leggibile _____

Il ritiro della documentazione sanitaria (referti, analisi, certificati e cartella clinica) potrà essere svolto personalmente:
è Sua facoltà provvedere al ritiro tramite un Suo incaricato di fiducia purché presenti una **delega**, accompagnata da una **fotocopia di un documento valido del delegato**.

ESPRIMO IL CONSENSO

NON ESPRIMO IL CONSENSO

al trattamento dei dati raccolti per l'invio tramite Posta, Internet, Telefono, E-mail, MMS, SMS, APP di materiale informativo, pubblicitario e promozionale della **S.A.AP. srl (Residenza socio sanitaria San Pio)**., e di altri soggetti partner, per l'effettuazione di indagini di rilevazione del grado di soddisfazione della clientela e per la partecipazione a eventi, giornate a tema, workshop, per l'invio di campioni e prodotti in omaggio per le "finalità alle comunicazioni commerciali"

Data

Firma