



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti ed utilizzati da IGEA per erogare le prestazioni richieste)

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____ nato/a a _____ il ___/___/___

Codice Fiscale

Grid for tax code

Residente a (Comune, Provincia) _____ in (indirizzo) _____

per me stesso

oppure in quanto rappresentato da : o Tutore o Legale rappresentante o Amministratore di sostegno o Altro

nella persona di :

(Cognome e Nome) _____ nato/a a _____ il ___/___/___

Codice Fiscale

Grid for tax code

Residente a (Comune, Provincia) _____ in (indirizzo) _____

DICHIARO

1) di PRESTARE LIBERAMENTE E CONSAPEVOLMENTE IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI IGEA Casa di Cura S.r.l. titolare del trattamento. Ho compreso i contenuti essenziali dell'informativa di cui all'Art.13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", per cui sono consapevole che:

- il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili,
- il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato in qualsiasi momento, in tutto o in parte,
- potrò decidere di vietare, in qualsiasi momento, l'accesso a singoli documenti relativi alla mia persona o alle cure ricevute,
- per la modifica o il divieto di cui sopra potrò rivolgermi ad IGEA Casa di Cura S.r.l., Via Valdirivo, 29, Trieste. - tel 040 630100.

2) di ACCONSENTIRE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI IGEA

- SI NO

3) di RICHIEDERE CHE LA MIA PRESENZA IN RSA IGEA

- NON VENGA COMUNICATA AD ALCUNO (ad eccezione delle Istituzioni ed Enti preposti)
 VENGA COMUNICATA A CHIUNQUE LO RICHIEDA
 VENGA COMUNICATA ALLE PERSONE DI SEGUITO ELENcate :

Blank lines for listing names of persons to be notified

4) di ACCONSENTIRE CHE I DATI PRESENTI NELLA MIA DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI ALTRI ATTORI DI CURA ESTERNI AD IGEA RITENUTI UTILI AD OPERARE A MIO FAVORE.

- SI A TUTTI
 SI, SOLO AD ALCUNI, di seguito specificati
 NO A NESSUNO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo Ente salvo revoca e/o modifica.

Data _____

Firma _____ (firma estesa e leggibile)

FIRMA DELL'OPERATORE DI IGEA CHE RACCOGLIE IN CONSENSO (apporre sul retro eventuali note)