



CASA DI CURA CASCINI
PIAZZA DE SETA,2
87021 Belvedere M.mo (Cs) Italia
**CONSENSO INFORMATO
AL TRATTAMENTO DEI DATI**
*(ai sensi del D. Lgs 196/03 e
del Regolamento (UE) 2016/679)*

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

**Le chiediamo, ai sensi del D. Lgs. 196/03 e del Regolamento (UE) 2016/679,
di manifestare per iscritto il Suo consenso al trattamento dei dati.**

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Nato a		Prov.	il

Da il consenso

Non da il consenso

ANONIMATO

Chiede che sia mantenuto l'anonimato sul suo ricovero si no

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Chiede che siano date informazioni sul suo stato di salute: si no

- al Medico curante, Dott. _____

- al/ai Congiunto/i (cognome/i e nome/i): _____

ogni informazione si no

informazioni generiche si no

emergenze si no

Il/La sottoscritto/a con la firma apposta alla presente dichiara di essere stato messo a conoscenza (D. Lgs 196/03 e Regolamento (UE) 2016/679) che i dati potranno essere trattati per le finalità elencate nell'informativa allegata ed attesta il proprio consenso affinché Titolare e Responsabile procedano al trattamento dei dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa medesima.

Data _____

Firma _____
(indicare, eventualmente, il grado di parentela o se tutore)