CASA DI CURA "CASCINI"
PIAZZA DE SETA, 2
87021 BELVEDERE M.MO (CS)
ITALIA

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Le chiediamo, ai sensi del D. Lgs. 101/2018 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 101/2018 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)