



ValleCamonicaSolidale

**ACQUISIZIONE INFORMATIVA E CONSENSO DEL FAMILIARE DELL'UTENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Da allegare alla domanda di ingresso)**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (____) il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ (____) in Via _____ n _____

Telefono _____ e-mail _____

In qualità di _____ (rapporto di parentela) del signor / della signora:

Nome _____ cognome _____

Nato a _____ (____) il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ (____) in Via _____ n _____

PREMESSO CHE

Le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornire una informativa diretta,

DICHIARA

Di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali dell'utente relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

ACCONSENTE, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza presso il servizio fruito da Valle Camonica Solidale società cooperativa sociale ONLUS e dello stato di salute dell'utente a:

coloro che lo richiedono nessuno

limitatamente alle seguenti persone _____

Lozio / Pisogne, lì _____

Il familiare _____

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it





ValleCamonicaSolidale

INOLTRE

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta della camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.) che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori.

Lozio / Pisogne, lì _____

Il familiare

Il sottoscritto _____

In qualità di familiare del signor / della signora _____

ESPRIME

Il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (es. fascicolo sanitario elettronico) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa i sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016, di cui dichiara averne compreso il contenuto.

Lozio / Pisogne, lì _____

Il familiare

Valle Camonica Solidale – Società Cooperativa Sociale ONLUS

Sede Legale: Viale dei Castagni, 2 – 25040 LOZIO (BS) – Tel 0364.494311 – Fax 0364.495007

Sede Amministrativa: Via Romolo Galassi, 30 – 25047 DARFO BOARIO TERME (BS) – Tel 0364.532650 – Fax 0364.529845

C.F./P.IVA 03214740981 – N. REA BS-514877 – email pec: vallecamonicasolidale@pec.it email: info@vallecamonicasolidale.it

