

Il diretto interessato, al quale si riferiscono i dati oggetto di trattamento, ha acquisito le informazioni fornite dal Titolare del trattamento "Asst di Valcamonica" ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n.196 del 30 giugno del 2003, recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, ed è a conoscenza che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute. E' altresì a conoscenza che il consenso prestato potrà essere in ogni momento rettificato o revocato.

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(diretto interessato)

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(diretto interessato)

**Nel caso in cui il consenso non possa essere acquisito nel modo sopra indicato:**

**Minore/Tutelato**

L'utente \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

è un **minore/tutelato**, pertanto, il consenso è espresso da:

Sigg.ri \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(dati anagrafici di entrambi i genitori o altro rappresentante legale)

documento di identità n.: \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

documento di identità n.: \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

in qualità di:  Genitori  
 Rappresentante legale (specificare \_\_\_\_\_)

Quale rappresentante legale ( \_\_\_\_\_ ) presenta:

documentazione rilasciata dall'Autorità giudiziaria  autocertificazione di nomina

Firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(entrambi i genitori o altro rappresentante legale)

Data \_\_\_\_\_

**Utente accompagnato:**

L'utente \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

è in uno stato di **impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere**, pertanto il consenso è espresso da (art.82, comma 2)

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale  Prossimo congiunto  Familiare  Convivente

Rappresentante della struttura presso cui dimora l'interessato

documento di identità n: \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
(di chi esprime il consenso)

**Utente NON accompagnato**

Il Sottoscritto (operatore) \_\_\_\_\_

dichiara che all'atto della presa in carico (data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e ora \_\_\_\_\_)

il /la  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
non è nelle condizioni psicofisiche per poter rilasciare il consenso e non è accompagnato/a da nessuna delle persone di cui all'art.82, co.2.

Firma \_\_\_\_\_ Data ...../...../.....  
(operatore)

**INOLTRE**

<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZZO</b>	Il personale del servizio, autorizzato dall'Azienda, a fornire notizie relative alle proprie condizioni di salute alle seguenti persone identificate con cognome e nome: _____ _____
<input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZO</b>	

<input type="checkbox"/> <b>AUTORIZZO</b>	Il personale del servizio, autorizzato dall'Azienda, a comunicare il proprio stato di salute al suo Medico curante
<input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZO</b>	Dr./Dr.ssa. _____

Art. 82. Emergenze e tutela della salute e dell'incolumità fisica  
comma 2. L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono altresì intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, in caso di:  
a) impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;  
Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(di chi esprime il consenso)

Firma \_\_\_\_\_  
(dell'operatore che acquisisce il consenso)