

DA INSERIRE NELLA CARTELLA CLINICA O NELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo

Reparto _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a, nato/a a,
il, residente a, via,
letta e compresa l'informativa, **AUTORIZZO** il Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo a trattare i miei dati personali e sensibili

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo il Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo a fornire informazioni sulla mia salute ai seguenti familiari/conviventi/conoscenti/medico di fiducia (nome, cognome, eventuale recapito telefonico) indicati di seguito:

.....
.....
.....

INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE

Autorizzo a fornire informazioni sulla mia presenza in Ospedale a quanti lo richiedano:

- SI
- NO

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO PER FINI SCIENTIFICI DEI PROPRI DATI CLINICI IN FORMA ANONIMA PER CONVEGNI, AUDIT, CONFERENZE ECCETERA.

- SI
- NO

QUESTIONARI DI GRADIMENTO

Sono disponibile ad essere contattato dal Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo e/o a ricevere presso il mio recapito (come sopra specificato), questionari/indagini di gradimento e/o di valutazione o altro materiale divulgativo connesso ad iniziative del Nuovo Ospedale Civile di Sassuolo:

- SI
- NO

Data

Firma*

* In caso di soggetto minore di età deve prestare il consenso chi esercita la potestà genitoriale. In caso di soggetto incapace o impossibilitato possono prestare il consenso il Tutore, il Curatore, l'Amministratore di sostegno, un prossimo congiunto, un familiare, un convivente.