

**ACQUISIZIONE INFORMATIVA  
E  
CONSENSO DEL FAMILIARE DELL'UTENTE  
AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
fa presente che le condizioni psicofisiche del signor/della signora \_\_\_\_\_  
non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto, dichiara

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

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e dello stato di salute della persona ricoveranda a:

Coloro che lo richiedono

Indicare il nome delle persone che lo richiedono -----

-----

-----

Nessuno

Data .....

Il parente.....

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 camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori

Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet

Data .....

Il parente.....

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

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

Data .....

Il parente