

dichiara di aver letto e compreso la precedente informativa ed esprime i seguenti consensi* relativi a tutti i dati personali e sensibili acquisiti durante il ricovero del (in questione):

1. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

☒ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Lecco al trattamento dei dati personali e sensibili miei (o della persona che rappresento) per fini di **diagnosi e di cura** (es. cartella clinica, referti, certificazioni, etc.), per **fini amministrativi** (es. documenti fiscali obbligatori, gestione reclami, etc.) e per eventuali **fini statistici, didattici o di ricerca scientifica**. In questi ultimi casi, i dati saranno trattati **in forma anonima**.

2. INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

☒ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Lecco a fornire informazioni relative allo stato di salute mio (o della persona che rappresento) ai soggetti sotto indicati:

- al medico curante, Dr. telefono
- a (specificare nome, cognome e telefono) 1)
2)
3)

3. INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE

☒ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Lecco a rendere nota la mia (o della persona che rappresento) presenza in questo Ospedale a terze persone che dovessero richiedere informazioni in merito, consapevole del fatto che, in caso di non autorizzazione, ogni visitatore, compresi i familiari, si troveranno nell'impossibilità di conoscere il reparto o la stanza di degenza.

Data 20.03.17

Firma del paziente o di chi lo rappresenta

.....

Consenso ottenuto con l'ausilio di un interprete / mediatore culturale:

☐ SI

☐ NO

Cognome e nome dell'interprete / mediatore culturale

Firma dell'interprete / mediatore culturale

* Il consenso al trattamento dei dati deve essere espresso in ogni ricovero in regime di degenza ordinaria e in regime di Day Hospital presso questa Azienda.