

**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

**Ipotesi A)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ alla luce dell’informativa ricevuta

**Ipotesi B)**

Preso atto che l’interessato non è nelle condizioni psico-fisiche idonee ad esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati e di sottoscriverlo, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la patria potestà ovvero:

- Congiunto prossimo
- Familiare
- Amministratore di sostegno /  Tutore

Nome e cognome (in maiuscolo) \_\_\_\_\_

<ul style="list-style-type: none"> <li>Preso atto che per il trattamento dei dati personali richiesti al fine dell’esecuzione del contratto; per adempiere ad obblighi di legge; per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria ed in ragione dell’interesse legittimo del Titolare o dello stesso interessato, relativamente alle finalità riportate nell’informativa, NON è richiesto esplicito consenso.</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Preso atto che per il trattamento delle particolari categorie di dati personali, specificatamente quelli sanitari, è richiesto il consenso dell’interessato e, quindi:                     <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> esprimo il consenso</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso</td> </tr> </table> </li> <li>Preso atto che all’interno della struttura possono essere effettuate delle riprese audio/video e/o scattate fotografie ritraenti le attività svolte dagli ospiti e che le stesse potranno essere oggetto di diffusione attraverso qualsiasi mezzo di comunicazione                     <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> esprimo il consenso</td> <td style="text-align: center; width: 50%;"><input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso</td> </tr> </table> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso
<input type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso			
<input type="checkbox"/> esprimo il consenso	<input type="checkbox"/> NON esprimo il consenso			

Somma Lombardo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INOLTRE**

1. Si autorizza il personale della struttura a dare informazioni sullo stato di salute:

- a nessuno
- ai familiari
- solo alle seguenti persone:

\_\_\_\_\_

2.  Si autorizza ad informare della presenza in struttura qualora persone esterne lo chiedessero

- Si autorizza ad informare della presenza in struttura solo le seguenti persone:

\_\_\_\_\_

3.  Si autorizza il ritiro di esami clinici o referti medici da parte di un incaricato della Fondazione IL GIRASOLE Onlus

- Non si autorizza il ritiro di esami clinici o referti medici da parte di un incaricato della Fondazione IL GIRASOLE Onlus

Somma Lombardo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_