

1) \* Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(paziente/ nome e cognome)

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etichetta dati paziente

2) Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(sottolineare ciò che interessa: genitori/tutore/curatore/amministratore di sostegno)

Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Documento che attesta la funzione n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(per tutore/curatore/amministratore di sostegno)

3) Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Doc. di riconoscimento n. \_\_\_\_\_  
(padre/madre) (indicare tipo di documento e numero)  
rilasciato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto prescritto dagli artt. 73 e 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di agire in qualità di:

**genitore munito della Responsabilità Genitoriale:**

congiunta con l'altro genitore, che è informato in merito al ricovero/prestazione ambulatoriale e delle relative richieste di autorizzazioni

\_\_\_\_\_  
(inserire Nome/Cognome del genitore non presente)

In via esclusiva

**PER L'OPERATORE N.B.:**

\* **quando il paziente è minore o tutelato, va compilato sia il riquadro 1) che il riquadro 2), quando presenti entrambi i genitori. Se presente un solo genitore compilare il riquadro 1) e 3).**

Il sottoscritto (o chi lo rappresenta) ha/hanno preso visione dell'informativa fornita dal Titolare del trattamento ASST della Valcamonica (S GPD 001), ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 2016/679, con la quale è stato/sono stati informato/i su quali informazioni saranno raccolte dall'Azienda, per quali finalità e secondo quali modalità saranno utilizzate, a chi potranno essere comunicate, nonché di tutti i diritti a lui/loro spettanti.

**In merito al trattamento dei suoi dati personali e particolari il paziente (o chi lo rappresenta)**

A. <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZZA/NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA/NO</b>
L'ASST della Valcamonica a dare informazioni della propria presenza in questo Ospedale.  (N.B.: se il paziente <b>NON AUTORIZZA</b> inviare copia del presente S GPD 003 all'AARO).	
B. <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZZA/NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA/NO</b>
Il personale Medico, a fornire informazioni relative alle proprie condizioni di salute alle <b>persone sotto identificate</b> ed il personale sanitario a contattare in caso di necessità la persona individuata dal paziente con il seguente recapito telefonico:  <b>Cognome/Nome/n. telefono:</b> _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____	
C. <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZZA/NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA/NO</b>
Il personale Medico, a fornire informazioni relative alle proprie condizioni di salute al:  <b>Medico curante Dott.:</b> _____ / _____ / _____  <b>Si ricorda che</b> le informazioni relative all'evento clinico vengono comunicate automaticamente al medico di medicina generale (medico di base) qualora sia stato rilasciato il consenso al trattamento dei dati al momento della distribuzione delle Tessera Sanitaria (Carta regionale dei Servizi) <b>per gli assistiti di Regione Lombardia</b> . Tranne nel caso in cui si chiede l'oscuramento dell'evento clinico.	
D. <input type="checkbox"/> <b>CHIEDE</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON CHIEDE</b>
L'oscuramento (non visibilità) dei propri dati personali/particolari nel Fascicolo Sanitario Elettronico (F.S.E.) <b>in relazione a questo evento clinico</b> nell'ambito del Progetto CRS-SISS.  (N.B.: se il paziente <b>CHIEDE</b> l'oscuramento inviare copia del presente S GPD 003 all'AARO)	

**PER UO PSICHIATRIA:**

Ha/hanno preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 RGPD n. 2016/679, in merito al trattamento dei dati personali/particolari effettuato attraverso "il sistema Psiche web".

E. <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZZA/NO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON AUTORIZZA/NO</b>
L'accesso ai dati personali/particolari a tutte le Unità Operative di Psichiatria afferenti al Sistema Socio Sanitario Regionale, anche qualora già precedentemente raccolti e trattati presso altre Unità Operative di Psichiatria.	

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(diretto interessato o chi lo rappresenta)

Firma \_\_\_\_\_

(operatore)

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(diretto interessato o chi lo rappresenta)

Documento di riconoscimento n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(indicare tipo di documento e numero)

**REVOCA/NO** le autorizzazioni sopra rese \_\_\_\_\_  
(indicare le autorizzazione revocate)

**RETTIFICA/NO** le autorizzazioni sopra rese \_\_\_\_\_  
(indicare le autorizzazione rettificate)

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(diretto interessato o chi lo rappresenta)  
Firma \_\_\_\_\_  
(operatore)