

Riservato all'ufficio
Operatore _____
Firma
operatore _____



**CONFERMA DI AVVENUTA INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Regolamento Europeo 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018)**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a _____ il _____
Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ scadenza _____
C.F. _____ Residente a _____ in via _____
in qualità di

<input type="checkbox"/> genitore	<input type="checkbox"/> Tutore legale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> altro
-----------------------------------	--	--	--------------------------------

Il sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a _____ il _____
Documento d'identità n. _____ rilasciato da _____ scadenza _____
C.F. _____ Residente a _____ in via _____
in qualità di

<input type="checkbox"/> genitore	<input type="checkbox"/> Tutore legale	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante	<input type="checkbox"/> altro
-----------------------------------	--	--	--------------------------------

di (nome e cognome MINORE) _____
nato/a _____ il _____
Documento d'identità _____ C.F. _____
Residente a _____
in via _____

PRESA VISIONE DELLE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

Letta l'informativa, pubblicata anche sul sito www.asugi.sanita.fvg.it e consapevole che il trattamento riguarda, in particolare, i miei dati personali e particolari, DICHIARO di aver compreso le informazioni che mi sono state fornite

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali

SI

NO

Data _____ Firma _____

firma per estesa e leggibile

Riservato all'ufficio
Operatore _____
Firma
operatore _____



SEZIONE FACOLTATIVA

Chiedo che il trattamento dei miei dati personali avvenga unicamente all'interno dei Servizi dell'Area dipartimentale dipendenze. Sono consapevole che questo potrebbe non consentirmi di accedere a prestazioni erogate da altri reparti di ASUGI.

Sono consapevole che questo non sarà possibile nei casi previsti dalla legge (detenzione, misure alternative alla detenzione, etc.) e nel caso decida di usufruire di prestazioni specifiche (percorsi accertativi, comunità terapeutiche, esenzione ticket, etc)

Data _____ Firma _____
Firma per estesa e leggibile

Intendo avvalermi delle prestazioni in anonimato, previa identificazione, consapevole che questo non mi consentirà di accedere ad alcune prestazioni e che decadrà nei casi previsti dalla legge (detenzione, misure alternative alla detenzione, etc.) e nel caso decida di usufruire di prestazioni specifiche (percorsi accertativi, comunità terapeutiche, esenzione ticket, etc).

Cartella POINT GEDI n. _____ Sigla identificativa _____

Data _____ Firma _____
firma per esteso e leggibile

Chiedo che le notizie sul mio stato di salute vengano, se richiesto, comunicate:

- ai familiari: NO/SI. Se sì specificare nome e cognome _____
- al medico da me prescelto: NO/SI: Se sì specificare nome e cognome _____
- alle seguenti persone: _____

Data _____ Firma _____
firma per esteso e leggibile