



FONDAZIONE VIA DELLE STELLE

COMUNICAZIONI A TERZI DI INFORMAZIONI IDONEI A RILEVARE LO STATO DI SALUTE CONSENSO

(ai sensi del art. 9 com.2 let.a del Reg. EU 679/2016)

Il/La sottoscritto/a
(nome e cognome in stampatello)

Doc. di identità n.....rilasciato dain data

Avendo letto e compreso l'informativa in materia di protezione dei dati personali pubblicata sul sito www.fondazioneviadellestelle.it ed anche esposta all'ingresso della struttura presto il mio consenso libero specifico e revocabile.

1 ☐ Autorizzo a fornire Informazioni sul proprio Stato di Salute

☐ Al/alla sottoscritto/a e a nessun altro soggetto : firma per esteso.....

☐ Al medico curante (nome e cognome)

☐ Ai Familiari (nome e cognome)

☐ Altri (nome e cognome)

☐ Nego/a il Consenso a fornire Informazioni sul proprio Stato di Salute

Espressamente non si autorizza a fornire notizie relative allo stato di salute ai seguenti soggetti

(nome e cognome).....

(nome e cognome).....

Firma per Esteso: L'interessato

2 Consenso alla comunicazione a terzi per finalità logistiche, amministrative, organizzative, relative alle cure domiciliari (quali ad es. orari visite domiciliari, necessità personali, escluse quindi informazioni sullo stato di salute)

Autorizzo a comunicare con il: (nome e cognome).....

Recapito tel.:.....Firma: L'interessato

INOLTRE AUTORIZZO DI ESSERE VISITATO IN STRUTTURA DAI SEGUENTI SOGGETTI:

(nome e cognome).....

(nome e cognome).....

(nome e cognome).....

(nome e cognome).....

(
nome e cognome).....