

**CONSENSO ALL'UTILIZZO DATI EX D.LGS. 196/2003**

SPETT.LE

CASA DI RIPOSO - OSPEDALE RICOVERO

Largo Dr. R. Vanni, 1

12048 Sommariva del Bosco (CN)

**Da utilizzare per Ospiti AUTOSUFFICIENTI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto da parte della Casa di Riposo – Ospedale Ricovero di Sommariva del Bosco le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (natura obbligatoria dei dati-irricevibilità della domanda-titolare è il Legale Rappresentante dell'Ente). In particolare dichiaro di avere liberamente preso atto che i miei dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo citata e che mi è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed oppormi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Per far valere i miei diritti potrò rivolgermi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente. Di conseguenza autorizzo il titolare, il responsabile e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo citata ad effettuare da un lato il trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti Pubblici, medici, organismi assistenziali, sociali e sanitari, con particolare riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del Ricovero e la tutela sanitaria e dall'altro lo scatto di immagini della propria persona durante la permanenza in Struttura e la divulgazione di tali immagini, relativamente agli scopi dell'attività della Casa di Riposo, sia per pubblicazioni interne, esterne, su giornali e via etere, che sul sito dell'Ente.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(firma avallanti/persona di riferimento)

\_\_\_\_\_  
(firma avallanti/persona di riferimento)

## Da utilizzare per Ospiti NON AUTOSUFFICIENTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ fa presente che le condizioni

psicofisiche del/ della Signor/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sono tali da non consentire

l'informazione diretta per cui dichiara di avere ricevuto per conto del/della medesimo/a dalla Casa di Riposo di Sommariva del Bosco le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003

inerenti il trattamento dei dati personali della persona da ricoverare (natura obbligatoria dei dati-irricevibilità della domanda-titolare è il Legale Rappresentante dell'Ente). In particolare

dichiaro di aver liberamente preso atto che i dati saranno utilizzati per la gestione del ricovero presso la Casa di Riposo citata e che è riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare,

rettificare, aggiornare, integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti riconosciuti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Per far valere i miei diritti e quello dell'interessato

potrò rivolgermi all'Ufficio di Segreteria dell'Ente. Per effetto di quanto sopra esposto autorizzo il titolare, il responsabile e gli incaricati al trattamento della Casa di Riposo ad

effettuare da un lato il trattamento dei dati personali del/della Signor/a \_\_\_\_\_ ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente,

ad altri Enti pubblici, medici, organismi assistenziali, sociali e sanitari, con particolare riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la

tutela sanitaria, e dall'altro lo scatto di immagini della persona durante la permanenza in Struttura e la divulgazione di tali immagini, relativamente agli scopi dell'attività della Casa di

Riposo, sia per pubblicazioni interne, esterne, su giornali e via etere, che sul sito dell'Ente.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

(firma avallanti/persona di riferimento) \_\_\_\_\_

(firma avallanti/persona di riferimento) \_\_\_\_\_