

DICHIARAZIONE DI CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI SANITARI IN REGIME DI RICOVERO

Io sottoscritto/a nato a il/...../.....
e residente in in via
ricoverato presso il Reparto di.....

Dichiaro

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati fornita ai sensi dell'art. 13 del Codice sulla privacy

E

a) autorizzo la **COMUNICAZIONE DEI DATI RELATIVI AL RICOVERO E AL MIO STATO DI SALUTE a:**

- coniuge
- figli
- fratelli / sorelle
- genitori
- tutti i familiari
- alle seguenti persone:
-

autorizzo, inoltre, la comunicazione dei dati riguardanti:

- atti di violenza sessuale
- atti di pedofilia
- infezioni da HIV
- stato di tossicodipendenza o abuso di sostanze psicotrope
- abuso di alcolici
- interruzione della gravidanza
- parto in anonimato

b) non autorizzo la **COMUNICAZIONE A TERZI DELLA MIA PRESENZA** come degente presso questo reparto del Presidio Ospedaliero.

c) non autorizzo la comunicazione dei dati relativi al mio stato di salute.

Luogo e data