

ALLEGATO B

DICHIARAZIONE DI SCELTA DEL PAZIENTE
da restituire firmato

Io sottoscritto _____

in qualità di paziente diretto interessato
 genitore/tutore/amministratore di sostegno del paziente

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

nel rispetto di quanto indicato nel piano terapeutico personale autorizzato dichiaro:

- di voler ricevere i prodotti e i servizi relativi alla ditta (indicare il nominativo ditte)

- di aver ricevuto e accettato le informazioni sul trattamento dei dati personali di cui all'Allegato A - *Informativa ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003*,

- di voler ricevere i presidi sanitari al seguente domicilio:

Via _____ n. _____

Comune _____ Recapito telefonico _____

Eventuale persona delegata al ritiro dei prodotti

Luogo, Data

Firma del paziente (o del delegato)

Se l'interessato è minore, incapace o impossibilitato, compilare anche questa seconda parte del modulo

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____

il ____/____/____ e residente in _____

via _____

CF _____

consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità, dichiaro in qualità di:

Tutore, Amministratore di sostegno/Esercente la potestà genitoriale/Legale rappresentante di:

(Nome e Cognome) _____

Nato a _____ il _____

residente in _____ via _____

CF _____

il ____/____/____

Dichiaro

- di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati sanitari, fornita ai sensi dell'art. 13 del Codice sulla privacy;
- di essere consapevole che il trattamento riguarda, in particolare, i dati sensibili e che il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
- acconsento al trattamento dei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del servizio di fornitura di ausili protesici.

(Luogo, data)

Firma
