

CONSENSO TRATTAMENTO DATI E COMUNICAZIONI

Autorizzazioni a comunicazioni verso soggetti indicati dall'interessato

1. Dati dell'ospite

Campo	Compilazione
Cognome e nome	
Data di nascita	
Codice fiscale	

2. Soggetto che sottoscrive

Campo	Compilazione
Cognome e nome	
Qualità	<input type="checkbox"/> ospite <input type="checkbox"/> familiare <input type="checkbox"/> caregiver <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro _____
Contatti	

3. Comunicazioni autorizzate

- autorizzo la struttura a comunicare informazioni amministrative e organizzative ai seguenti familiari / caregiver / referenti: _____
- autorizzo la struttura a comunicare informazioni utili alla gestione dell'ospite al medico curante e alla farmacia di riferimento
- autorizzo la struttura a comunicare con strutture sanitarie o professionisti coinvolti, nei limiti delle necessità organizzative e assistenziali
- autorizzo la struttura a utilizzare i seguenti canali di comunicazione: telefono e-mail WhatsApp SMS
- non autorizzo comunicazioni ulteriori diverse da quelle strettamente necessarie per motivi organizzativi, di sicurezza o per adempimenti dovuti

4. Nominativi autorizzati

Nominativo	Rapporto con l'ospite	Contatto	Annotazioni

5. Dichiarazione finale

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto l'Informativa Privacy e di esprimere le autorizzazioni sopra indicate consapevolmente e nei limiti delle proprie competenze e legittimazioni.

Firma dell'interessato / soggetto legittimato

Luogo e data _____