Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Brianza

DICHIARAZIONE DI SCELTA DEL PAZIENTE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI SENSIBILI

Io sottoscritto _____

Codice Fiscale !__!

in qualità di O paziente diretto interessato

O coniuge/figlio/genitore/tutore/amministratore di sostegno del paziente:

Cognome _____ Nome -_____

data di nascita _____Codice Fiscale !__!

residente in via _____ Comune e provincia_____

domiciliato in via _____Comune e provincia_____

1 **telefono**_____**2 telefono**_____**-**

- dichiaro di avere concordato, tra i prodotti disponibili della ditta SANTEX , aggiudicatario della gara, la consegna dei presidi che meglio rispettano le esigenze del diretto interessato/assistito in termini di misura/taglia e tipologia prodotto;

- dichiaro essere stato informato sull'informativa privacy redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/ e che la stessa è consultabile in versione completa sul sito web dell'ente all'indirizzo www.asst-brianza.it

- acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del servizio di fornitura a domicilio di ausili per incontinenti.

- Cognome e Nome / ruolo delle 2 persone Firmatari BOLLE DI CONSEGNA

_____ _____

Data Firma del paziente (o del delegato)

_____ _____