



Sistema di Gestione Privacy

Il sottoscritto (nome e cognome) nato a il C.F.
residente in via n.

per sé

oppure in qualità di : Tutore o curatore Amministratore di sostegno Legale rappresentante Prossimo congiunto, convivente,
familiare Responsabile delle strutture presso cui dimora l'interessato

Il sottoscritto (nome e cognome) nato a il C.F.
residente in via n.

Letta e compresa l'informativa di cui all'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR" pubblicata anche sul sito <https://www.aiisl.latina.it> e consapevole del diritto di revocare il **consenso** in qualsiasi momento ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma **restando** impregiudicata la liceità del trattamento basata **sul consenso** prima della revoca, relativamente:

- al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Asl di Latina, Titolare del trattamento, per le finalità di comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificamente dall'interessato, ove applicabile.

☐ Acconsente

☐ Non acconsente

Latina, lì

Firma
(Firma estesa e leggibile)

Il sottoscritto, o chi ne fa le veci, dichiara di

☐ Essere

☐ Non essere

ricoverato presso strutture ospedaliere, RSA, hospice (anche in regime domiciliare)

in caso di ricovero specificare la struttura

Latina, lì

Firma
(Firma estesa e leggibile)

DELEGA

La Sanitaria/Farmacia:

ad espletare le pratiche relative alla richiesta di presidi di assistenza protesica o ausili monouso.

Si allega documento di identità del delegato.

Latina, lì

Firma
(Firma estesa e leggibile)