



## CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI A TERZI

*ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679)*

Il **sottoscritto** (nome e cognome).....nato a  
 ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale.....residente a (Comune, Prov.)  
 ..... via (indirizzo)  
 .....

**per sé**

oppure - consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge

**in qualità di:**  esercente responsabilità genitoriale  prossimo congiunto  familiare  convivente o unito  
 civilmente  legale rappresentante  fiduciario (L. 219/2017)

del **Sig.re/ra** (nome e cognome).....nato/a a  
 ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale.....residente a  
 (Comune, Prov.) ..... via (indirizzo)  
 .....

**DICHIARA DI AVER LETTO E COMPRESO le informazioni sul trattamento dei dati personali** rese dall'ASL BARI ("informativa privacy assistiti" disponibile sul sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>, nell'apposita sezione Privacy) e dopo essere stato informato dei diritti riconosciuti, ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati.

**PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione, in ordine allo STATO DI SALUTE ed eventuale PRESENZA in reparto alle sottoindicate persone:**

NOME E COGNOME	Telefono
Coniuge	
Figlio	
Genitore	
MMG/PLS	
Altro	

Luogo:.....Data: ..... **Firma leggibile:**.....

Identificazione avvenuta tramite documento di riconoscimento

tipo.....

n.....rilasciato il.....

Data: .....Firma dell'operatore in servizio: .....

*\* il presente consenso deve essere custodito nella cartella clinica dell'assistito*