



**CONSENSO DELL'UTENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Interessato
- Rappresentante legale dell'interessato (  amministratore di sostegno,  tutore,  curatore)

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione del proprio stato di salute a:

- Tutti coloro che lo richiedono
- Alle suddette persone che lo richiedono -----  
-----  
-----
- Nessuno

Data ..... L'interessato o rappresentante legale .....  
~~~~~

**CONSENSO DEL FAMILIARE DELL'UTENTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
fa presente che le condizioni psicofisiche attuali del signor/della signora \_\_\_\_\_

non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto, dichiara:

- di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa dell'utente.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della dello stato di salute dell'utente a:

- Tutti coloro che lo richiedono
- Alle suddette persone che lo richiedono -----  
-----  
-----
- Nessuno

Data ..... Il parente.....