

 Regione Lombardia ASST Fatebenefratelli Sacco	MODULO AZIENDALE SC QUALITA' E RISK MANAGEMENT	IDR_ASST_01 Rif. IDP_ASST_10 Rev. 02 del 20.07.2023 Pag. 1 / 1
	CONSENSO INFORMATO ALLE PROCEDURE STANDARD	

Io sottoscritto/a _____ Data e luogo di nascita _____ nel caso di paziente minorenne: ☐ i genitori ☐ il genitore esercente la responsabilità genitoriale* ☐ il rappresentante legale nome e cognome del padre/della madre/rappresentante legale _____ luogo e data di nascita _____ nome e cognome del padre/della madre _____ luogo e data di nascita _____ nel caso di paziente interdetto o posto in amministrazione di sostegno: ☐ il tutore* ☐ l'amministratore di sostegno*/** nome e cognome _____ luogo e data di nascita _____ *consapevole delle responsabilità penali in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci (art. 76 DPR 445/2000) ** Nel caso in cui nel decreto di nomina sia prevista <u>la rappresentanza esclusiva</u>, in ambito sanitario, da parte dell'amministratore di sostegno, il consenso informato è espresso o rifiutato solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. Nel caso in cui, invece, nel decreto di nomina, sia prevista <u>l'assistenza necessaria</u> in ambito sanitario, da parte dell'amministratore di sostegno, il consenso informato è espresso o rifiutato anche da quest'ultimo, oltre che dal paziente. N.B. In entrambi i casi descritti, il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve essere allegato al presente modulo..	Etichetta
---	--

a seguito del colloquio intercorso con il/la Dott./Dott.ssa _____

☐ **ACCONSENTO**

Ad essere sottoposto alle procedure medico/assistenziali standard inerenti il ricovero attuale, quali ad esempio: prelievo di sangue, esecuzione di elettrocardiogramma o radiografie. Rimane inteso che per tutte le manovre e le procedure considerabili non standard mi verrà chiesto consenso informato specifico.

Il _____ Firma paziente _____

Firma padre/madre _____ Firma madre _____

Firma rappresentante legale _____

Firma Tutore/Amministratore di Sostegno _____

Firma e Timbro del Medico _____

Informativa privacy breve ai sensi del Regolamento 679/2016/UE

Si informa che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli - Sacco saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici e per finalità volte alla cura del paziente comprese quelle amministrative contabili. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli - Sacco con sede in via Giovan Battista Grassi, 74 in Milano. Il paziente può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Generale UE/679/2016 sulla protezione dei dati è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Ente all'indirizzo <http://www.asst-fbf-sacco.it/>. I dati di contatto del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dal Titolare sono i seguenti: protocollo.generale@asst-fbf-sacco.it ; protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it).