

**MODULO AUTORIZZAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER TRAMITE DEL FAMILIARE DELEGATO/TUTORE/CURATORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Ai sensi dell'art. 6 del Regolamento 2016/679, che stabilisce che il trattamento dei dati personali in mancanza di consenso al trattamento del diretto interessato è lecito se ricorrono almeno una delle seguenti condizioni:

- il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure pre-contrattuali adottate su richiesta dello stesso;
- il trattamento è necessario per adempiere a un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento;
- il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica;

Visto quanto descritto nell'informativa privacy allegata, il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ familiare delegato/ tutore /curatore / Amministratore di Sostegno (AdS) di \_\_\_\_\_ (Nome e Cognome dell'Ospite)

**Dichiara**

che l'ospite non è in grado di prestare direttamente il consenso al trattamento dei suoi dati personali a causa delle sue precarie condizioni di salute; si autorizza pertanto la Fondazione di Cura "Citta di Gardone Valtrompia – Onlus", a procedere al trattamento dei suoi dati personali nelle modalità esplicitate nell'informativa citata rispettando i presupposti di liceità stabiliti di legge.

**In qualità di Familiare delegato/Curatore/Tutore/Amministratore di Sostegno, tenendo conto dei bisogni e intenzioni dell'interessato:**

**A-** Consente al personale incaricato della Fondazione di fornire informazione circa la presenza in struttura dell'interessato a:

tutti coloro che lo richiedano  nessuno

solo a \_\_\_\_\_

**B -** Consente al personale incaricato della Fondazione di fornire informazione circa lo stato di salute dell'interessato a:

tutti coloro che lo richiedano  nessuno

solo a \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONI AL TRASFERIMENTO DI DATI VERSO TERZI**

**Acconsento**     **Non acconsento**

A trasferire i dati personali dell'ospite a Ospedali, Laboratori e altre strutture sanitarie per consentire alla Fondazione di richiedere particolari accertamenti, analisi o prestazioni

**Acconsento**     **Non acconsento**

A trasferire i dati personali a Patronati territoriali/sindacati informazioni essenziali per consentire alla Fondazione di formulare a suo nome pratiche di invalidità.

**AUTORIZZAZIONI AL TRATTAMENTO DELLE IMMAGINI E VIDEO**

**Acconsento**     **Non acconsento**

All'acquisizione e trattamento delle immagini dell'ospite, per promuovere le attività e gli eventi della Fondazione all'interno della struttura, con la creazione e distribuzione di pubblicazioni su carta stampata e la produzione e diffusione di materiale audiovisivo, indicativamente a operatori, ospiti, loro familiari e visitatori;

**Acconsento**     **Non acconsento**

All'acquisizione e trattamento delle immagini dell'ospite per promuovere le attività e gli eventi della Fondazione all'esterno della struttura, con la creazione e distribuzione di pubblicazioni su carta stampata, accessibili a chiunque ne faccia richiesta, in particolare giornali generalisti e riviste mediche e la produzione e diffusione di materiale audiovisivo accessibile dai principali canali televisivi locali e nazionali, supporti audiovisivi.

**Acconsento**     **Non acconsento**

All'acquisizione e trattamento delle immagini dell'ospite per finalità assistenziali e di cura con lo scopo di valutare la condotta dell'interessato ed adottare le modalità di approccio e comportamentali più adatte all'interno di un sistema di interventi animativo/assistenziali integrati (Ad es. Pet Therapy; Terapia della Bambola).

**Acconsento**     **Non acconsento**

Esposizione del nome dell'ospite sulla porta della camera e/o letto.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_