Autorizzazione alla messa a disposizione in forma elettronica di dati sensibili al team di medici per l'assistenza medica dei/lle residenti nella
Residenza per Anziani Ojöp Frëinademetz APSP a San Martino in Badia
(art. 13 della legge n. 196 del 30.06.2003)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a (comune, provincia, stato) __39030 San Martino in Badia (BZ)_____

indirizzo __Strada Pinis 50_____

dichiara a nome proprio o rappresentato dal/la suo/a (allegare documentazione necessaria)

○ tutore ○ curatore ○ amministratore di sostegno ○ _____

(nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

residente a (comune, provincia, stato) _____

indirizzo _____

a conoscenza delle disposizioni come da art. 76 e art. 73 del DPR n. 445 del 28.12.2000, concernenti le conseguenze penali di falsificazione di documenti e dichiarazioni false

autorizza il team di medici della Residenza per Anziani Ojöp Frëinademetz APSP a ricevere e visionare la propria documentazione medica/sanitaria del passato e futura in possesso dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige in forma elettronica per la durata del soggiorno presso questa struttura.

○ si ○ no

Al momento della consegna è necessario allegare la copia della carta d'identità o una delega corredata da un documento del delegante con documento identificativo di esso.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto le informazioni sulle disposizioni di di cui al d.lgs. n. 196/2003 per la comunicazione in forma elettronica di documentazione medica al team di medici della Residenza per Anziani e conferisce il proprio consenso.

_____ _____
Luogo e data Firma

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di medico di fiducia della persona di cui sopra autorizza il team di medici della Residenza per Anziani Ojöp Frëinademetz APSP a prestare il servizio di cura del proprio paziente nel periodo di ricovero temporaneo dal _____ al _____.

_____ _____
Luogo e data Firma