


MGF.37 Rev.03 del 16/02/2026 pag. 1/2	Servizio Legale	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione Generale	
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI			

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi e degli artt. 13 e ss. del Regolamento UE 679/2016 nonché dalla normativa nazionale vigente in materia di privacy

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____,

Codice Fiscale: _____

in qualità di Paziente

OPPURE,

che compila il presente modulo sotto la propria responsabilità ¹ di:

- esercente la responsabilità genitoriale
- tutore
- Amministratore di sostegno

del **Paziente** sig. (cognome e nome del paziente) _____

Con riferimento all'informativa: MGF 36 Rev.7 del 16/02/2026

presta il consenso per:

- 1) **Finalità legate all'invio di comunicazione alle imprese assicurative**, al fine di consentire la comunicazione alle imprese assicurative dei dati e dei documenti necessari per l'ottenimento del rimborso o del pagamento delle prestazioni sanitarie erogate.

Sì No
- 2) **Finalità ludico ricreative**, al fine di poter partecipare alle attività di intrattenimento, svago e a momenti ludici e ricreativi organizzati dalla Fondazione.

Sì No
- 3) **Proposta di servizi relativi il piano di cura tramite contatto da Operatore**, al fine di essere contattato/a da un operatore della Fondazione per supportare la presa in carico e la pianificazione degli appuntamenti

Sì No
- 4) **Proposta di servizi relativi il piano di cura tramite contatto e-mail**, al fine di essere contattato/a dalla Fondazione tramite strumenti digitali per supportare le attività di presa in carico mediante pianificazione degli appuntamenti.

Sì No
- 5) **Finalità di invio materiale informativo circa le attività della Fondazione:**
all'invio di comunicazioni materiale informativo, promozionale e di riviste istituzionali della Fondazione anche al fine di sensibilizzare la raccolta fondi

Sì No

- 6) alla comunicazione dei dati personali e sensibili e, in generale, dello stato di salute, da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi alle persone, indicando anche i Familiari, qui di seguito individuate, e dichiara di aver debitamente informato circa tale operazione di trattamento ed in relazione alle quali dichiara di aver acquisito il relativo consenso

¹ Si precisa che il consenso al trattamento dei dati per le finalità presenti nel modulo può essere prestato **per conto del paziente solo** dai soggetti che ne abbiano la rappresentanza legale (es. esercente responsabilità genitoriale, tutore, amministratore di sostegno) **e non** può essere prestato dunque dal coniuge, dai familiari, dai conviventi, e dai soggetti uniti civilmente che non siano muniti di tale potere rappresentativo.



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ove al suo arrivo presso la struttura sanitaria – o successivamente nel corso della degenza – dovesse non essere nella capacità di intendere e di volere, Fondazione, nel Suo esclusivo interesse, potrà comunque comunicare le informazioni sul suo stato di salute ai Suoi Familiari.

Sì

No

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____

7) a poter comunicare la sola presenza del paziente presso la Struttura a soggetti non indicati al punto precedente

Sì

No

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____

Il Consenso è stato liberamente e consapevolmente prestato attraverso il Sig. _____ quale Traduttore /Mediatore Culturale/interprete dell'Interessato.