Dott. _____

Casa di Riposo F. Alessandrini

SI CERTIFICA

a richiesta di parte, quanto segue:

COGNOME _____ NOME _____

nato/a il _____ a _____ Prov. _____

residente a _____ il _____

Diagnosi _____

Note anamnestiche _____

Interventi chirurgici subiti _____

I seguenti esami clinici sono da effettuarsi possibilmente prima dell'ingresso nella struttura:

Emocromo con formula leucocitaria, glicemia, azotemia, creatinina, uricemia, transaminasi, γ GT, fosfatasi alcalina, bilirubina, protidemia, elettroforesi proteica, VES, elettroliti, esame urine, marcatori sierologici epatite B e C, TPHA, Rx torace, ECG.

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI DA PARTE DELL'INTERESSATO
AI FINI DELLA CONFORMITÀ AL REGOLAMENTO (UE) 2016/679
IN BREVE GDPR**

Il/la sottoscritto/a _____ dichiarando di aver ricevuto l'informativa inerente la vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali relativi a particolari categorie (dati concernenti la salute, art. 9 - dati sanitari),

conferisce il proprio consenso espresso

al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini strettamente necessari all'espletamento delle attività sanitarie e a quelle correlate all'oggetto della prestazione.

Data ___/___/___

Nome e Cognome
(IN STAMPATELLO)

Firma

In caso di Incapacità a firmare responsabilmente, specificare se colui che firma è:

Familiare

Amministratore di Sostegno

Tutore Legale

Data ___/___/___

Nome e Cognome
(IN STAMPATELLO)

Firma

Tel _____

Indirizzo email _____