



**FARMACIE
COMUNALI
RIUNITE**

CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA
E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(D.LGS N.196/03 e regolamento Privacy Gdpr di cui al Decreto n. 101/18 del 10 agosto 2018)

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
telefono _____

DELEGA ACCOMPAGNAMENTO in caso di MINORE/INCAPACE

In qualità di genitore/tutore legale di

Nato/a a _____ il _____

CF _____

in qualità in genitore / tutore legale / soggetto affidatario del minore sopra generalizzato

dichiaro il mio consenso alla prestazione infermieristica e/o al ciclo di prestazioni (se previste più sedute):

(specificare il tipo di prestazione)

presso le Farmacie Comunali _____, nell'ambito della farmacia dei servizi.

Per la suddetta prestazione è stata presentata regolare prescrizione medica.

(barrare se necessario e allegare la documentazione)

Dichiaro di essere stato/a informato/a della possibilità di poter chiedere in qualunque momento ulteriori informazioni in relazione al piano assistenziale ed alla terapia, e di poter negare il consenso al trattamento.

Dichiaro di essere stato/a informato/a che la responsabilità della corretta conservazione del farmaco non è in capo alla farmacia che eroga il servizio qualora la prestazione non avvenga contestualmente alla dispensazione dello stesso.

Dichiaro inoltre di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente normativa sulla privacy (D. Lgs 196/2003 e successive modificazioni).

Il consenso espresso con la presente è da ritenersi riferibile a tutte le operazioni direttamente o indirettamente collegate al tipo di prestazione richiesta dall'assistito presso la farmacia.

Data e firma dell'assistito
