



# COMUNE DI URGNANO

Via Cesare Battisti n. 74 - 24059 - Provincia di Bergamo

C.F. n. 80025650161 - Partita Iva 00655260164

**AREA SERVIZI SOCIALI**

**Responsabile del Servizio:** A.S. Cogliandro Dr.ssa Monica - Tel. 035.4871514

email: [protocollo@urgnano.eu](mailto:protocollo@urgnano.eu) - PEC : [pec@pec.urgnano.eu](mailto:pec@pec.urgnano.eu)

---

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – AREA SERVIZI SOCIALI

Espressione del consenso al trattamento di dati sensibili (art. 9 e 10 del GDPR) da parte dell'interessato ai fini del Regolamento UE 679/16.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, in qualità di:

o soggetto dichiarante interessato alla fruizione del soggiorno/attività e/o servizi sociali

o rappresentante della persona con disabilità o tutore della persona con disabilità

o esercente la responsabilità genitoriale

per il soggetto fruitore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Dichiarando di essere stato informato per iscritto della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario, di aver preso visione dell'apposita informativa e della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione,

ESPRIMO IL CONSENSO

alla raccolta, registrazione e trattamento dei dati personali e sensibili che lo riguardano, ai fini strettamente necessari per le attività sociali, sanitarie e per quelle correlate all'oggetto del servizio \_\_\_\_\_.

NON ACCONSENTO

ACCONSENTO

che sia data comunicazione in ordine al mio stato di salute alle sottoindicate persone:

al mio medico curante Dott. \_\_\_\_\_ recapito \_\_\_\_\_ e all'unità valutativa multidisciplinare (servizio socio-sanitario del distretto di competenza)

## CLAUSOLA DI CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI TELEFONICHE E MAIL

N. di telefono: \_\_\_\_\_.

Mail: \_\_\_\_\_.

Il numero di telefono e l'indirizzo mail sopra riportati potranno essere utilizzati dai servizi socio-sanitari del Comune di Urgnano per necessità di comunicazioni urgenti inerenti la prestazione essenziale che intendo eseguire.

Dichiaro di essere a conoscenza e di acconsentire a che le predette comunicazioni siano effettuate al personale che risponderà alla Vostra chiamata, nell'impossibilità di accertarne correttamente l'identità.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)