

**Modulo di consenso per il trattamento dei dati personali per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione (art. 13 Regolamento UE 2016/679)**  
**RIMBORSO SPESE SOSTENUTE PER PRESTAZIONI/TRATTAMENTI FUORI REGIONE PER PAZIENTI CON MALATTIA RARA**

PAZIENTE .....  
(Nome e Cognome in stampatello)

Io sottoscritto/a .....  
(Nome e Cognome in stampatello)

..... nato/a a..... il ...../...../.....

in proprio, in quanto soggetto maggiorenne con piena capacità d'agire e di intendere e volere,

**Dichiaro:**

- di aver preso visione dell'informativa scritta sopra riportata e di aver compreso le informazioni in essa contenute, e di essere stato adeguatamente informato dei diritti esercitabili dall'interessato;
- di **ACCONSENTIRE** al trattamento dei dati personali nell'ambito della procedura per il rimborso spese sostenute da pazienti affetti da malattie rare per le cure fuori-regione, nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornitami con il presente documento;

Dichiarazioni eventuali del paziente, domande aggiuntive o altri aspetti del consenso informato:

.....  
.....

Nome ..... Cognome .....  
(Nome e cognome per esteso in stampatello del PAZIENTE)

Data .....

Firma del PAZIENTE

.....

Nel caso di richiesta presentata dai genitori familiare, caregiver o tutore legale, amministratore di sostegno, o se il presente modulo di consenso informato viene letto al/alla richiedente in quanto non è in grado di leggerlo e/o firmarlo autonomamente in presenza di due testimoni imparziali:

**Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno**

Io sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso:

.....

Data ..... Firma .....

**Genitore/Familiare/Caregiver/Tutore/Amministratore di sostegno**

Io sottoscritto dichiaro che al paziente sono state correttamente spiegate le modalità di trattamento dei suoi dati personali e che il paziente ha acconsentito liberamente al trattamento dei suoi dati personali per gli scopi della presente procedura nei limiti e con le modalità indicate nell'informativa fornita con il presente documento.

Nome e cognome per esteso:

.....

**A cura del Distretto Sociosanitario**

si autorizza

(previa esibizione in originale delle spese sostenute per biglietti aerei, ferroviari o altre spese di trasporto; pedaggio autostradale; spese vitto, pernottamento e altro)

non si autorizza

per il seguente motivo \_\_\_\_\_

Il Direttore del Distretto SS

\_\_\_\_\_