

Spett.le S.A.M.O.T. Onlus
Via Libertà 193
Palermo

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

indirizzo mail _____

chiedo per il mio congiunto _____

di anni _____ affetto da _____

l'intervento dell'equipe domiciliare della SAMOT.

- Sono a conoscenza delle finalità assistenziali e terapeutiche della SAMOT e mi impegno a collaborare con l'équipe curante, favorendo le procedure assistenziali che verranno messe in atto nel rispetto della volontà del paziente e della professionalità degli operatori e delle norme deontologiche cui gli stessi sono vincolati.
- Avendo ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, autorizzo il trattamento dei miei dati personali nel rispetto del D.lgs. 196/2003 come novellato dal D.Lgs. 101 del 10/8/2018 e del Regolamento UE 2016/679 con riferimento alle finalità da 1 a 3.
- Mi impegno a conservare e custodire al sicuro da alterazioni materiali, manomissioni e imbrattamenti, in quanto atto pubblico, la documentazione sanitaria che gli operatori SAMOT produrranno al fine di documentare appropriatamente le fasi del processo clinico-assistenziale e favorire la comunicazione all'interno dell'equipe domiciliare rendendo in tal modo più sicura l'assistenza alla persona malata. Tale documentazione, nel corso dell'assistenza, dovrà essere resa prontamente disponibile per ciascun operatore dell'equipe che effettui la visita domiciliare nonché per il personale afferente all'Azienda Sanitaria Provinciale competente per territorio preposto ai controlli. Dopo la conclusione dell'assistenza, la stessa documentazione dovrà essere integralmente riconsegnata all'operatore SAMOT di riferimento.
- Confermo, di essere consapevole della riservatezza dei dati personali (*anagrafici, relativi allo stato di salute, pratiche terapeutiche, etc*) relativi al paziente ed ai suoi familiari in essa documentazione contenuti.
- Dichiaro che, nella eventualità che nei locali occupati dal/dalla paziente sia già installato o venga successivamente installato un impianto di videosorveglianza con o senza videoregistrazione finalizzato al controllo locale e remoto del/della paziente, di impegnarmi a disattivare tale impianto durante la permanenza degli operatori per lo svolgimento dell'attività assistenziale all'interno dei locali prima indicati al fine di non incorrere in conseguenze penali.
- Confermo che non sarà effettuata alcuna ripresa statica e(o dinamica (foto, filmati) con dispositivi mobili (smartphone, tablet, etc.) durante la permanenza degli operatori per lo svolgimento dell'attività assistenziale all'interno dei locali prima indicati al fine di non incorrere in conseguenze penali.

_____, li _____

_____ *firma* _____Con riferimento alla **finalità n° 4** presto il mio consenso non presto il mio consenso

all'invio di comunicazioni al mio indirizzo o al mio indirizzo mail relative ad iniziative scientifiche o di supporto all'attività assistenziale Vostre o di Vostri partners nell'assistenza.

Data _____ *firma* _____