

|   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
|  | <b>RICHIESTA ASSISTENZA</b> | PO01 PCP01 PCP02                            |
|   |                             | <b>M11 bis</b><br>Rev. 06<br>del 20.12.2019 |

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 via \_\_\_\_\_

- affidatario  Amministratore di Sostegno  Tutore  ,in forza del provvedimento \_\_\_\_\_  
 (che allega) di  
 familiare o prossimo congiunto di  
 convivente di

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_  
 Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
 chiede che il/la propri\_\_\_ rappresentat\_\_\_ venga assistit\_\_\_ presso :

- l'Istituto psico-pedagogico "Villaggio Mediterraneo", con trattamento \_\_\_\_\_  
 l'Ambulatorio, . \_\_\_\_\_ con trattamento \_\_\_\_\_

Dichiara che, attualmente, il proprio rappresentato non è assistito presso nessun altro centro di riabilitazione. Dichiara, inoltre, di impegnarsi a far frequentare regolarmente l'Istituto secondo i giorni, gli orari e le modalità stabiliti, essendo a conoscenza che le assenze ripetute e non giustificate tempestivamente provocheranno la dimissione del paziente dall'assistenza riabilitativa.

Dichiara, altresì, in considerazione delle finalità riabilitative dell'inserimento presso l'Istituto, mirate al potenziamento delle varie funzioni ed al recupero delle potenzialità residue, di impegnarsi ad accettare tutte le determinazioni che saranno adottate dall'équipe medico-psico-pedagogica-sociale, compresa quella che, al completamento del programma riabilitativo, procederà alla dimissione del\_\_\_ paziente.

Inoltre, io sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di cui all'informativa riportata nel modulo M12 che preventivamente illustrato e consegnato), prendo atto che la Fondazione O.R.T.U.S. onlus effettua il trattamento, compresa la comunicazione,

- dei miei dati personali;  
 dei dati della persona che rappresento.

Pertanto, per quanto riguarda il trattamento dei suddetti dati personali per le finalità specificate nell'informativa, consapevole che il mio mancato consenso impedirà alla Fondazione O.R.T.U.S. onlus il predetto trattamento, io sottoscritto/a

- do il consenso  nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili (dati inerenti allo stato di salute, etc.) acquisiti dalla Fondazione O.R.T.U.S. onlus, in relazione alla prestazione richiesta, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale al conseguimento delle finalità perseguite e consapevole che, anche in questo caso, il mancato consenso impedirà alla struttura il predetto trattamento:

- do il consenso  nego il consenso

Lì, \_\_\_\_\_

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