



Referente dott.ssa Adele Paolino
Referente sede

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO RIABILITATIVO
E DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - UE 2016/679**

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
nato/a _____ il ____/____/____
e residente a _____ in via _____
oppure, se sotto la tutela di un Parente o Rappresentante Legale, riportare di seguito: nome, cognome,
C.F., luogo e data di nascita, residenza: _____

DICHIARO DI

di essere stato informato/a in modo chiaro, comprensibile ed esauriente dal Medico Curante/Fisiatra o Ortopedico:

- sul tipo di percorso riabilitativo proposto c/o il P.O. o D.S. : tecniche, mezzi, team e reparto;
- sulle possibili conseguenze derivanti dalla mancata esecuzione dell'attività riabilitativa;
- sui benefici attesi, i rischi presunti e le eventuali complicanze ed effetti collaterali;
- sui comportamenti da mettere in atto onde evitare e/o limitare eventuali complicanze durante e dopo il percorso riabilitativo;
- sulla possibilità di interrompere liberamente ed in qualsiasi momento l'attività riabilitativa;
- sull'impossibilità a procedere nel percorso di recupero e riabilitazione in caso di mancata sottoscrizione del presente consenso.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver pienamente compreso quanto mi è stato verbalmente detto relativamente al trattamento riabilitativo proposto;
- aver avuto l'opportunità di porre domande chiarificatrici e di aver avuto risposte soddisfacenti;
- essere stato/a informato/a dei motivi che consigliano il trattamento riabilitativo proposto e sulla qualità della mia vita in caso di rifiuto;
- aver avuto il tempo sufficiente per decidere;
- essere consapevole che la decisione di accettare il percorso riabilitativo proposto è volontaria e che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento;
- essere stato/a informato/a che tutti i miei dati personali e di salute saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali;
- essere stato/a informato/a che per ogni problema o eventuali ulteriori informazioni dovrò rivolgermi al Medico Curante/Fisiatra o Ortopedico.

PERTANTO ACCONSENTO AL PERCORSO RIABILITATIVO

Luogo, data _____

Nome e Cognome Paziente _____

Firma Paziente/Parente o Rappresentante Legale (acquisire copia del provvedimento di tutela, cautela o amministrazione di sostegno): _____

INFINE AUTORIZZO il trattamento dei dati personali nel rispetto della succitata normativa, ossia ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 sulla privacy.

Luogo e data

Firma del paziente (per esteso e leggibile)