

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER L'ACCESSO IN CLINICA FABIA MATER DEI VISITATORI AI DEGENTI**

Il sottoscritto.....

Nato a..... il .....

Comune di residenza/ domicilio.....

Recapito Telefonico..... consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000, in qualità di parente e/o affine del ricoverato:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (cognome e nome in stampatello)

**DICHIARA DI POSSEDERE CERTIFICATO VERDE COVID-19 (ai sensi del D.L. n° 52 del 22 Aprile 2021)**

Data.....

Firma

.....

**Informativa e Consenso Privacy**

I dati che le vengono richiesti all'interno del questionario hanno la finalità di tutela della salute pubblica. Sono richiesti su autorizzazione delle Autorità Statali e Regionali in particolare la Determinazione della Regione Lazio del 16/06/2021 n. G07347. Il Titolare del Trattamento è la Clinica Fabia mater della SACLI spa. I dati sono trattati in modo cartaceo. I dati sono conservati attuando tutte le misure di sicurezza necessarie. I Dati verranno tenuti per 14 giorni e poi distrutti nelle modalità previste dalla legge. Il rifiuto di fornire i propri dati non permette l'accesso alla struttura.

do il consenso

non do il consenso

Data.....

Firma

.....

•chirurgia generale •ginecologia oncologica •microchirurgia •neonatalogia •oculistica •ostetricia e ginecologia •urologia •analisi cliniche •angiologia •cardiologia  
•cardiotocografica •chirurgia vascolare •gastroenterologia •ecografia •endoscopia •radiologia

