

IDENTIFICAZIONE CAREGIVER E REFERENTE DELL'ASSISTENZA

Il sottoscritto.....

grado di parentela (specificare).....

del sig./ra

dichiara che il referente per le comunicazioni con il Distretto è (nome e cognome)

numero di telefono

mentre il caregiver, ovvero la persona che assisterà materialmente il paziente a domicilio durante il periodo di assistenza domiciliare è (nome e cognome)

.....

(si allega copia del documento di riconoscimento del caregiver).

“I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell’apposita sezione Privacy.”

BARI

FIRMA

.....