

**Consenso informato e autorizzazione alla trasmissione a mezzo posta elettronica e/o a mano dei pro-memoria assistito contenenti prescrizione farmaci**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente ad Alessandria della  
Rocca in Via/Piazza /C/da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

anziano/a richiedente il servizio di disbrigo pratiche ed in particolare le prescrizioni di ricette mediche presso il proprio medico di famiglia, il ritiro delle medicine in farmacia e la consegna delle stesse presso il proprio domicilio consapevole di aver già preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali relativi al proprio stato di salute da parte del proprio medico curante Dott - Dott/ssa \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art 13 del regolamento UE n 679/2016 e del D.lgs 101/2018 presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per l'espletamento delle procedure di cui alla presente ed

**AUTORIZZA**

il comune di Alessandria della Rocca (Ufficio Servizi Sociali) tramite gli operatori del SNC Disbrigo pratiche a trasmettere i pro-memoria - assistito a mezzo di posta elettronica e/o a mano presso gli ambulatori dei medici di famiglia ad effettuare il servizio di prescrizioni ricette mediche, il ritiro delle medicine in farmacia e la consegna delle stesse presso il proprio domicilio

Alessandria della Rocca, li \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante \_\_\_\_\_