



**Condizioni psico-fisiche inadeguate a prestare il consenso informato alla cura
(ex artt. 2- 13 – 32 Costituzione)
ed il consenso informato (ex Regolamento UE 2016/679)**

Il sottoscritto Dott. Angelo Forti, in qualità di Responsabile Sanitario

dichiara

che il Sig./Sig.ra _____
non è nelle condizioni psicofisiche di ricevere direttamente le previsioni informative e fornire il
consenso alla cura ed il consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili.
Castenedolo, lì _____

Firma

Il sottoscritto _____

In qualità di: parente (specificare: _____)
 amministratore di sostegno (allegare verbale)
 tutore e/o curatore (allegare verbale)
 altro (specificare: _____)

DICHIARA di essere stato informato in modo chiaro, esauriente e comprensibile, riguardo le cure e
procedure medico/assistenziali (terapie farmacologiche, indagini diagnostiche e pratiche
terapeutiche) messe in atto presso la RSA e CDI

DICHIARA INOLTRE di avere ottenuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti, di aver compreso
anche le informazioni che sono state date e di aver ricevuto garanzia sulla possibilità di rivolgere, in
ogni momento, ulteriori domande al medico responsabile della cura.

Castenedolo, lì _____

Firma
