



**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

\_\_\_\_\_