

MODULO DI CONSENSO PER LA CONSEGNA DOMICILIARE DEI FARMACI

DATI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di Residenza: _____

Telefono: _____

Email (opzionale): _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a, _____, dichiaro di:

- Acconsentire alla consegna domiciliare dei farmaci presso il mio indirizzo sopra indicato.
- Autorizzare il personale dell'associazione _____ a effettuare la consegna.
- Assumermi la responsabilità per l'accettazione dei farmaci da parte mia o da una persona da me autorizzata.

CONDIZIONI

- La consegna avverrà esclusivamente all'indirizzo indicato.
- Per la consegna si allega alla presente il piano terapeutico ed eventuale altra documentazione prevista dalla normativa vigente.

TUTELA DELLA PRIVACY

I dati forniti saranno trattati in conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e alle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Per ulteriori dettagli sulla privacy, contattare la farmacia _____.

DELEGA (opzionale)

In caso di impossibilità a ricevere personalmente i farmaci, delego il/la Sig./Sig.ra _____ (nome e cognome del delegato), nato/a a _____ il // ____ e residente a _____, a ritirare i farmaci a mio nome.

Firma del delegato (se presente): _____

FIRMA

Firma del richiedente: _____

Data: // ____

NOTA BENE

Prima di utilizzare questo modulo, è consigliabile verificare eventuali requisiti legali specifici della tua regione o comune e, se necessario, consultare un legale.