## Fondazione “A. Passerini”

### Casa di Riposo Valsabbina Onlus

**PRESCRIZIONE TERAPEUTICA PER ACCESSO ALLA RSA**

**Cognome e nome ospite: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prescrizione terapeutica per accesso in RSA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME PRINCIPIO ATTIVO** | **POSOLOGIA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Reazioni allergiche note: Sì □ No □**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del medico curante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIVACY. La informiamo che i dati personali, anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza) e particolari (dati relativi al Suo stato di salute), forniti dal medico curante mediante la compilazione del presente modulo verranno trattati dalla Fondazione “Angelo Passerini – Casa di Riposo Valsabbina ONLUS”, in conformità a quanto previsto dal Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. GDPR) e del D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. Tutte le informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali Le verranno fornite mediante consegna dell’informativa estesa redatta ai sensi dell’art. 13 GDPR.**