**Formular de exprimare a acordului pacientului informat**

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datele pacientului | Numele și prenumele: |  |
| CNP: |  |
| Domiciliul / reședința: |  |
| Actul medical (descriere): **Vaccinare anti SARS-CoV-2 cu vaccin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului / asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

|  |
| --- |
| Semnătura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Semnătura pacientului / reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical: |

**Declarație privind prelucrarea datelor cu caracter confidențial conform legii și GDPR**

Vă informăm că datele dvs. personale sunt prelucrate în interesul dvs., în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27 aprilie 2016, ale Legii nr. 95 / 2006 și ale Legii Pacientului nr. 46/2003 și în conformitate cu Strategia de vaccinare împotriva COVID-19 în România din 27 noiembrie 2020.

Dumneavoastră, ca pacient, puteți avea acces la datele personale și puteți cere modificarea / actualizarea sau ștergerea acestora.

**Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Semnătura pacientului zi / luna / an