

**Formular de exprimare a acordului pacientului informat**

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul / reședința:	
Actul medical (descriere): <b>Vaccinare anti SARS-CoV-2 cu vaccin _____</b>		

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