

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE PER FINI DI CURA

Io sottoscritto/a (nome e cognome), _____,

nato/a _____, il _____,

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a (comune, provincia, stato) _____,

in via (indirizzo) _____

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

legale rappresentante, (genitore, tutore) amministratore di sostegno

di (nome e cognome) _____,

nato/a a _____, il _____,

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a (comune, provincia) _____,

in via (indirizzo) _____

consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, preso atto della informativa sul trattamento dei miei dati personali

autorizzo il trattamento dei miei dati di salute per fini di cura

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Tutela della Salute e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

luogo e data

firma (estesa e leggibile)

Riservato all'ufficio

Raccolta cartacea:

Matricola Operatore _____ Data _____ Firma Operatore _____

Inserimento nel database gestione consensi:

Matricola Operatore _____ n. progressivo _____ Data _____

Firma operatore _____