

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI
AI FINI DEL D.Lgs 196 del 30 giugno 2003**

Il sottoscritto.....nato a.....

Il.....e residente a.....assistito dal Dott.

.....e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al

D.lgs 196 del 30 giugno 2003 concernente “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” autorizza il Dott.....ed in sua assenza i

medici sostituti e/o associati, nonché il personale collaboratore dei suddetti sanitari a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura, a fini sanitari, a fini amministrativi e fiscali.

Inoltre il sottoscritto acconsente a che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute alle persone qui indicate:

1.

2.

Il sottoscritto infine acconsente a che il ritiro della propria documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specifiche, referti di indagini, cartelle cliniche) venga effettuato dalle seguenti persone:

1.

2.

E' a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento.

Firma dell'interessato

o dell'esercitante la patria potestà

.....