

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

Il sottoscritto.....nato a.....
ile 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 specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche) venga
effettuato dalle seguenti persone:

- 1).....
- 2).....

È 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