

PRIVACY- ALLEGATO 2 Consenso legittimo

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI –ART.23 D.L.VO 196/03 –

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Via/Piazza _____

Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ fax _____

e-mail _____

Acquisite le informazione dal Titolare/Responsabile del trattamento ai sensi dell'art.13 d.l.vo 196/03, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali per i fini di terapia, diagnosi e cura.

Desidera/ non desidera, che siano date notizie circa il proprio stato patologico al medico curante, benché quest'ultimo abbia/non abbia prescritto e sia/ non sia a conoscenza della presente prestazione e delle relative conseguenze.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, desidera che alla visita/consultazione sia presente il sig./la sig.ra _____

In fede _____

Addì _____

Firma _____

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che

(il giorno __/__/____ alle ore _____)

il sig./la sig.ra _____

Non è nelle condizioni giuridiche/psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra e che, pertanto, in sua vece presta il consenso il sig. _____

PRIVACY- ALLEGATO 2 Consenso legittimo

Firma e timbro del medico _____

COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il sottoscritto desidera/non desidera che i **propri dati anagrafici e la sede di degenza** siano disponibili presso i centri di informazione al pubblico.

Acconsente a che **sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute** alle persone sotto indicate (indicare non più di due soggetti):

coniuge _____

convivente _____

figli _____

fratelli _____

altro _____

Data _____

Firma _____