**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare e dal Responsabile del trattamento

**PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DA PARTE DI …**

**DEI MIEI DATI PERSONALI, SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIALI**

per finalità diagnostico- terapeutiche relative all’assistenza prestata.

**PAZIENTE: NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_**

**N.B.: Da compilare esclusivamente nei casi in cui il paziente sia legalmente rappresentato**

**Consapevole delle responsabilità penali in materia di false dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione (art.76 del D.P.R. 445/00) io sottoscritto/a**

**NOME E COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )**

**DICHIARO di essere □** **Tutore □ Genitore □ Amministratore di sostegno con delega alla cura della persona di**

**NOME E COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )**

**e di agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali alla … , ricevendo l’informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.**

**FIRMA (anche per espressione del consenso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (allegare copia del documento di identità del dichiarante)**

**N.B.: Da compilare esclusivamente in caso di delega del paziente al conferimento dei dati**

**Consapevole delle responsabilità penali in materia di false dichiarazioni alla Pubblica Amministrazione (art.76 del D.P.R. 445/00) io sottoscritto/a**

**NOME E COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )**

**DICHIARO di essere stato delegato dal/dalla paziente**

**NOME E COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nato/a il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )**

**ad agire in suo nome e per suo conto, conferendo i suoi dati sanitari, sociosanitari e sociali alla … , ricevendo l’informazione sul loro trattamento e prestando il consenso al trattamento dei dati medesimi.**

**FIRMA (anche per espressione del consenso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (allegare copia del documento di identità del dichiarante)**