

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)**

