

# 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)**

