

Io sottoscritto

- **Presa conoscenza delle leggi attuali** che proteggono i dati personali e sensibili a carattere sanitario (D.L.vo nr 196/2003) e dei miei diritti in quello specifico ambito, dei quali sono stato informato in modo chiaro.
- **Riconosciute le esigenze della Azienda Sanitaria, funzionali e di ordine organizzativo**, che mi sono state rappresentate.
- **Informato sui diritti** (aggiornamento, cancellazione, trasformazione, etc.) che posso esercitare in qualsiasi momento lo ritenga opportuno, in relazione ai dati che mi riguardano personalmente.
- **Informato sulle modalità di trattamento dei dati** in questione (su carta e/o tramite mezzi informatici) e sulla finalità solo mediche, scientifiche di studio e di programmazione sanitaria, in forma anonima.
- **Preso atto dell'adozione di ogni cautela a salvaguardia della riservatezza di dette informazioni**.

Il trattamento dei dati personali ai fini strettamente necessari per le attività attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione.

Esprimo il consenso **Non esprimo il consenso**
(cancellare la voce che non interessa)

Data

Firma

Firma di chi rileva il consenso

Io sottoscritto/a in qualità di
del minore, presa visione di quanto sopra esposto, do
il mio consenso al trattamento dei dati personali e sanitari.

Data	Firma
.....



	Inserimento	
	Terapia	
	Annotazionario	

[illegible][illegible]

