

DOTT.
MEDICO CHIRURGO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(AI SENSI DELLA LEGGE 675 DEL 1996 E DEL D.L. 196 DEL 23-6-2003 TITOLO V)

IO SOTTOSCRITTO.....

NATO A IL

RESIDENTE A

ASSISTITO DAL DOTT. E DALLO STESSO INFORMATO,
TRAMITE L'INFORMATIVA PRESENTATAMI ED ESPOSTA IN STUDIO AI SENSI DEGLI
ART. 76-78 DEL DL. 196 DEL 23-06-2003 CONCERNENTE "LA TUTELA DELLE PERSONE
E DI ALTRI SOGGETTI RISPETTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI", SUI
DIRITTI E SUI LIMITI PREVISTI DALLA LEGGE STESSA.

ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO

IL DOTTOR, E IN SUA ASSENZA, I MEDICI CHE
DOVESSERO SOSTITUIRLO SU SUO INCARICO, L'EVENTUALE PERSONALE DI STUDIO
E I TIROCINANTI, AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI, ESCLUSIVAMENTE
PER FINI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA, CERTIFICAZIONE, AUTORIZZO
ALTRESI' IL DOTTOR AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI
IN FORMA ANONIMA PER FINI DI RICERCA EPIDEMIOLOGICA E STATISTICA, PER LO
STUDIO E L'INSEGNAMENTO DELLA MEDICINA E PER LE ATTIVITA' DI RILEVANTE
INTERESSE PUBBLICO CHE RIENTRANO NEI COMPITI DEL SISTEMA SANITARIO
NAZIONALE E REGIONALE.

INOLTRE ACCONSENTE CHE SIA DATA COMUNICAZIONE RIGUARDO AL PROPRIO
STATO DI SALUTE ALLE SEGUENTI PERSONE:

1) TEL

2) TEL

CITTA'

IN FEDE

.....
INTESTAZIONE

VIA - CAP - CITTÀ.....

TEL. e FAX..... E-mail: