



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS 196/03) RESO AL MEDICO DI FAMIGLIA / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA IN QUALITA' DI TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Io sottoscritto/a (in stampatello)....., nato/a a

.....il..... e

residente in ....., via ....., assistito/a dal

Dott./Dott.ssa (Timbro del medico) .....

per proprio conto

e/o esercitando la potestà/tutela sull'assistito .....

**DICHIARO:**

di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e sanitari, fornitami ai sensi del d.lgs 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ed

**AUTORIZZO:**

il **medico** ed in sua assenza i suoi sostituti, gli associati, i medici aderenti alla cooperativa ove costituita, gli specializzandi, i tirocinanti, i collaboratori e gli infermieri di studio e/o gli altri professionisti che interverranno nel percorso assistenziale ad utilizzare i miei dati personali e sanitari a fini di diagnosi e cura, amministrativi, fiscali e statistico-epidemiologici.

**DICHIARO:**

che il consenso è esteso ai trattamenti dei dati relativi a prestazioni richieste in futuro; di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento.

**ACCONSENTO:**

a che sia data comunicazione relativa al mio stato di salute alle persone qui indicate:

1).....

2).....

**ACCONSENTO:**

a che il ritiro della mia documentazione sanitaria (ivi comprese ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche) venga effettuato dalle seguenti persone:

1).....

2).....

**Firma dell'interessato o dell'esercente la potestà/tutela**

.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.LGS 196/03) RESO AL MEDICO DI FAMIGLIA / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA IN QUALITA' DI DELEGATO DELL'AZIENDA USL**

**AUTORIZZO:** SI  NO

l'**Azienda USL di Nuoro** a trattare i miei dati inerenti a prestazioni effettuate presso i propri servizi/strutture a fini di tutela della mia salute o incolumità fisica (art.76, co.1, D.Lgs.196/03).

**ACCONSENTO:** SI  NO

a che il Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta riceva dalle strutture dell'Azienda Sanitaria i referti delle indagini cliniche, strumentali e di laboratorio per la tutela della mia salute.

**Firma dell'interessato o dell'esercente la potestà/tutela**

Data.....

.....