

- da sottoscrivere -

**INFORMATIVA PER LA DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI
DELL'INTERESSATO**

(D. L.gvo 30.06.2003, n.196)

Ai sensi del D. L.gvo 30.06.2003, n.196, che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali raccolti a seguito della domanda di erogazione della prestazione verranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, stabiliti dalla vigente normativa, e tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

I dati sono trattati nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti.

Il trattamento dei dati personali avviene con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, con modalità correlate alle finalità stesse, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati medesimi nel rispetto delle disposizioni contenute nei D.lgvi 11.05.99, n.135 e 30.07.99, n.282 e nel Provvedimento 29.09.99 del Garante per la protezione dei dati personali.

Si fa presente che il conferimento dei dati sensibili è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti e dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

GENERALITA' DELL'ASSISTITO

Cognome e Nome..... data di nascita

Domicilio attuale

Città..... Tel

REFERENTE

Cognome e Nome..... grado di parentela

domicilio attuale..... città..... tel

Ai sensi del D. L.gvo 30.06.2003, n.196, ed acquisite le informazioni di cui alla stessa disposizione normativa, sono a conoscenza che i dati che mi riguardano mi rendono identificabile, sono stato edotto sulla utilizzazione dei dati personali sanitari, autorizzo e consento espressamente, liberamente e consapevolmente a che i dati raccolti ed in particolare quelli considerati sensibili dalla legge possano costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella informativa. Acconsento inoltre, ove necessario, alla comunicazione a terzi ex art.20, e comunque per le finalità relative alla erogazione della prestazione richiesta.

Data, Firma dell'assistito o del familiare



- da compilare solo se necessario -

CONSENSO DEL MEDICO DI MM.GG.

(se la segnalazione avviene da parte dei familiari o dei servizi sociali)

Cognome e Nome.....

Indirizzo ambulatorio

Tel Fax Cell.....

IL MEDICO DI MM.GG.
Timbro e firma

Distretto Sanitario di tel fax