

MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO SCRITTO

Io sottoscritto _____ Codice Fiscale _____

*(in qualità di genitore/tutore del minore/interdetto
_____ tessera SSN n. _____)*

presa visione dell'informativa erogata

ESPRIMO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, ai fini di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e prestazioni connesse da parte dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise CAMPOBASSO.

Luogo, _____ firma dell'utente _____

(o genitore/tutore _____)