

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Sede : .....

U.O. : .....

Numero Progressivo: ..... / .....

Il/La sottoscritto/a .....

codice fiscale .....

dichiara di aver visualizzato l'informativa sulla riservatezza e,

- a. acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti a tutela della privacy,
- b. individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di comunicazione e diffusione dei dati personali e sensibili che saranno raccolti o prodotti,
- c. preso atto dell'adozione di ogni cautela a salvaguardia della riservatezza di dette informazioni,

### esprime il proprio consenso

al trattamento e comunicazione dei dati personali che lo riguardano, ivi compresi quelli cosiddetti sensibili ai fini strettamente necessari, così come comunicatomi.

.....  
(luogo e data)

.....  
firma leggibile (\*)

(\*) Sottoscrive l'interessato se maggiorenne oppure il tutore in caso di interessato incapace di intendere e volere.

Nelle situazioni di emergenza la sottoscrizione potrà avvenire anche in una fase successiva alla erogazione delle cure.

L'informativa e l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati sanitari (ai sensi degli articoli 76 e seguenti del D.lgs. n. 196/03) sono resi all'Azienda mediante un'unica dichiarazione che è valida anche per i trattamenti futuri, salvo revoca.

Nel caso in cui la prenotazione o il ricovero siano stati effettuati o richiesti da una persona diversa dall'interessato, il modulo di consenso dovrà essere consegnato, debitamente sottoscritto dall'interessato, prima dell'effettuazione della prestazione.