

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

Io sottoscritto/a, nato/a a e residente in,
via, assistito/a dal Dott.,

Timbro del medico.....

per proprio conto

e/o esercitando la potestà/tutela sul paziente:

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 tirocinanti, gli specializzandi, i collaboratori e gli infermieri di studio e/o gli altri professionisti che interverranno nel percorso assistenziale a utilizzare i miei dati personali e sanitari a fini di diagnosi e cura, amministrativi, fiscali e statistico-epidemiologici.

DICHIARO:

che il consenso è valido anche per i trattamenti dei dati inerenti a prestazioni effettuate dalle strutture/servizi dell'Azienda USL di Modena e del Servizio Sanitario Nazionale.

che il consenso è esteso ai trattamenti dei dati relativi a prestazioni richieste in futuro.

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).....

ACCONSENTO/ NON ACCONSENTO:

a che il medico riceva dalle Strutture dall'Azienda Sanitaria i referti delle indagini cliniche, strumentali e di laboratorio per la tutela della mia salute.

Sono a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento.

Firma dell'interessato

o dell'esercente la potestà/tutela

Data.....