

Data _____

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

documento di riconoscimento tipo _____ N. _____

rilasciato da _____ il _____

assistito/a dal Dott. _____

dichiara di essere stato/a informato/a su:

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale;
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini di diagnosi e cura,

al Dott. _____ e, in sua assenza, ai sostituti.

In fede

(Firma leggibile del/della dichiarante)

(Timbro e firma del Medico)

DA CONSERVARE DA PARTE DEL MEDICO