

Struttura/Servizio \_\_\_\_\_

Reparto/Presidio \_\_\_\_\_

Gentile UTENTE,

le chiediamo di sottoscrivere il modulo di consenso sottostante e consegnarlo al personale incaricato dell'accettazione dello stesso.

\*\*\*\*\*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI  
(D.Lgs.196/2003 Codice sulla Privacy)

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

per conto dell'interessato \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

In qualità di:

ESERCENTE LA POTESTA' \_\_\_\_

GENITORE \_\_\_\_

FAMILIARE \_\_\_\_ (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) \_\_\_\_\_

PROSSIMO CONGIUNTO \_\_\_\_

CONVIVENTE \_\_\_\_

Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato \_\_\_\_

(indicare la struttura \_\_\_\_\_)

DICHIARO

di aver recepito l'informativa sulla protezione dei dati personali e di prestare libero, consapevole, informato e specifico CONSENSO, all'effettuazione dei trattamenti dei dati sanitari dell'interessato

specificando che quest'ultimo è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa circoscritte all'effettuazione dei trattamenti dei dati personali sanitari e sensibili necessari all'effettuazione delle prestazioni richieste e di quelle successivamente necessarie a tutela della salute e incolumità dell'interessato.

#### AUTORIZZO

il medico e gli incaricati del trattamento dei dati personali dell'interessato nonché gli altri professionisti interverranno nel percorso assistenziale ad utilizzare i dati personali e sanitari a fini di diagnosi e amministrativi, fiscali e statistico—epidemiologici (per questi ultimi scopi i dati dovranno essere utilizzati solo in forma anonima)

#### DICHIARO

che il consenso è esteso ai trattamenti dei dati relativi a prestazioni richieste in futuro collegate a quest'oggetto del presente consenso.

SPECIFICO altresì che:

desidero \_\_\_\_\_ non desidero \_\_\_\_\_

mantenere l'anonimato sul (ricovero/degenza) dell'interessato.

COMUNICO che alle persone di seguito individuate potranno essere fornite informazioni, da parte del personale incaricato, relativamente all'avvenuto ricovero, al reparto di degenza, all'effettuazione della prestazione sanitaria:

---

---

---

(specificare nome e cognome ed eventuale grado di parentela)

AUTORIZZO ATNO a consegnare i referti delle indagini cliniche, strumentali e di laboratorio al Medico di Medicina Generale dell'interessato.

(indicare) \_\_\_\_\_

INFORMO che le persone di seguito individuate potranno procedere al ritiro della documentazione sanitaria dell'interessato:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_