



# Allegato 2

---

## Modulo di Consenso

La formula di consenso serve a dare certezza ai Responsabili e agli Incaricati al trattamento, circa la libera e consapevole volontà dell'interessato a dare inizio ad ogni forma di prestazione.

**La suddetta formula dovrà essere firmata dall'interessato dopo aver preso chiara visione dell'informativa privacy e custodita nel Documento Sanitario dell'Interessato.**



Consenso legittimo

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI –ART.23 D.L.VO 196/03 –**

**Il/la sottoscritto/a**

Cognome\_\_\_\_\_

Nome\_\_\_\_\_

Via/Piazza\_\_\_\_\_

Cap\_\_\_\_\_ Città\_\_\_\_\_ Provincia\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_ fax\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_

**Acquisite le informazione dal Titolare/Responsabile del trattamento ai sensi dell'art.13 d.l.vo 196/03, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali per i fini di terapia, diagnosi e cura.**

**Desidera/ non desidera, che siano date notizie circa il proprio stato patologico al medico curante, benché quest'ultimo abbia/non abbia prescritto e sia/ non sia a conoscenza della presente prestazione e delle relative conseguenze.**

**Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, desidera che alla visita/consultazione sia presente il sig./la sig.ra\_\_\_\_\_**

**In fede \_\_\_\_\_**

**Addì \_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_**



**Consenso legittimo**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dichiara che  
(il giorno \_\_/\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_)  
il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_

Non è nelle condizioni giuridiche/psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra e che, pertanto, in sua vece presta il consenso (nella qualità di terzo legittimato) il

sig. \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico \_\_\_\_\_

### **COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Il sottoscritto desidera/non desidera che i **propri dati anagrafici e la sede di degenza** siano disponibili presso i centri di informazione al pubblico.

Acconsente a che **sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute** alle persone sotto indicate (indicare non più di due soggetti):

coniuge \_\_\_\_\_

convivente \_\_\_\_\_

figli \_\_\_\_\_

fratelli \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_