



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI SUL PROPRIO STATO
DI SALUTE E TRATTAMENTO DATI CLINICI**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

Presa visione dei contenuti dell'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

ACCONSENTE

 SI

 NO

alla comunicazione dei dati personali e di informazioni sul proprio stato di salute a:

	nome	cognome	indirizzo	telefono
<input type="checkbox"/> Coniuge	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Familiare	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medico Curante	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altro	_____	_____	_____	_____

ACCONSENTE

Inoltre a che i dati clinici relativi, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche, oggetto di trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi ricerca clinica, epimediologica, formazione e studio di patologia

 SI

 NO

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma dell' Incaricato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)