

MODULO DI CONSENSO

Io sottoscrittonato a.....

il.....residente a.....

informato sulla normativa di cui al Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali e specificamente che:

- **il trattamento dei miei dati personali è destinato esclusivamente ai fini di diagnosi e cura;**
- **il conferimento dei dati è obbligatorio;**
- **un eventuale rifiuto di rispondere può comportare il diniego di assunzione di incarico;**
- **i soggetti ai quali i miei dati personali possono essere comunicati sono il medico di fiducia, i suoi sostituti e associati, farmacista, medici specialisti e Aziende ospedaliere individuabili in base alle prestazioni richieste;**
- **ho diritto di accesso ai miei dati personali così come previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003;**

esprimo il mio consenso e autorizzo al trattamento dei miei dati personali il

Dott.....

Data.....

Firma

.....