

## MODULO DI CONSENSO

**Io sottoscritto .....nato a.....  
il.....residente a.....  
tessera sanitaria n.....assistito dal Dott.  
.....e dallo stesso 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....., medico di fiducia e, in sua assenza, i sostituti.**

**Data.....**

**Firma**

.....