

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE PER FINI DI CURA

Io sottoscritto/a (nome e cognome), \_\_\_\_\_,

nato/a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_,

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□,

residente a (comune, provincia, stato) \_\_\_\_\_,

in via (indirizzo)  
\_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

legale rappresentante (genitore, tutore)     amministratore di sostegno

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_,

codice fiscale □□□ □□□ □□□□□ □□□□□,

residente a (comune, provincia) \_\_\_\_\_,

in via (indirizzo)  
\_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, preso atto della informativa sul trattamento dei miei dati personali

**autorizzo il trattamento dei miei dati di salute per fini di cura**

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

Con la firma seguente dichiaro esplicitamente di aver compreso l'informativa di cui all'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003 sulle modalità di trattamento dei dati personali e sensibili informatizzati poste in essere dall'Azienda Tutela della Salute e di esprimere liberamente il mio consenso al trattamento.

\_\_\_\_\_   
luogo e data

\_\_\_\_\_   
firma (estesa e leggibile)