ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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) ☐ ammministratore 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)