

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI AI SENSI DELL'ART.23 DEL D.LGS. 30
GIUGNO 2003, N.196 - CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

Spettabile Dott. _____

Il sottoscritto _____, codice fiscale _____, premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata da Lei fornita ed illustrata ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, l'esercizio della professione medica, espletata in qualità di Medico di Medicina Generale, codice regionale _____, nei confronti della mia persona e dei miei figli minori: _____, comporta il trattamento di dati personali ed, in particolare, di taluni dati sensibili, direttamente o tramite personale operante sotto la sua diretta responsabilità (segretaria, infermiera od altri collaboratori di studio),

DA' IL CONSENSO []

NEGA IL CONSENSO []

al trattamento dei propri dati e di quelli dei miei figli minori d'età; sono altresì consapevole che, in mancanza di tale consenso, Ella non potrà prestare la Sua opera professionale nei confronti della mia persona e dei miei figli minori d'età.

Inoltre, in ordine al trasferimento dei dati sopra riportati, sempre per i fini indicati nell'informativa, ad eventuali consulenti specialisti dei quali Ella intenderà avvalersi, nonché ai Medici Associati, di cui all'Art.54 della Convenzione Nazionale 2004/5, Dottori: _____, nel caso in cui intenda avvalermi anche della loro opera professionale, o ad eventuali altri medici da me nominati,

DA' IL CONSENSO []

NEGA IL CONSENSO []

al trasferimento dei propri dati e di quelli dei miei figli minori d'età; sono altresì consapevole che, in mancanza di tale consenso, questi Sanitari non potranno prestare la loro opera professionale nei confronti della mia persona e dei miei figli minori d'età.

Inoltre, in ordine all'utilizzo, in forma anonima e nel rispetto del Codice di deontologia medica, a fini statistici, epidemiologici, di ricerca scientifica o di sperimentazione clinica controllata di farmaci, dei dati sopra riportati,

DA' IL CONSENSO []

NEGA IL CONSENSO []

all'utilizzo dei propri dati e di quelli dei miei figli minori d'età.

Inoltre il sottoscritto _____,

DA' IL CONSENSO []

NEGA IL CONSENSO []

che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute, ed a quello dei miei figli minori, unicamente alle seguenti persone: _____.

Inoltre il sottoscritto _____,

DA' IL CONSENSO []

NEGA IL CONSENSO []

che sia permesso il ritiro, in busta chiusa, della propria documentazione sanitaria, e di quella dei miei figli minori (comprese ricette mediche, referti di indagini strumentali, di laboratorio o di visite specialistiche, cartelle cliniche, proposte di ricovero ecc.), unicamente alle seguenti persone: _____.

Luogo e data

Firma dell'interessato o dell'esercente la potestà genitoriale (se minore di età)