

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

artt. 76 e 81 D.Lgs 196 d.d. 30/6/03
 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Il sottoscritto (cognome e nome).....
 nato/a Prov. il
 residente a Prov. via

in qualità di diretto/a interessato/a
 oppure (in caso di rappresentante legale) in qualità di :
 esercente la potestà di genitore tutore curatore (*) amministratore di sostegno

di (cognome e nome).....
 nato/a Prov. il
 residente a Prov. via

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili fornitami ai sensi dell'art. 13 del Codice privacy e conseguentemente

ESPRIME IL CONSENSO

a che il proprio Cognome e Nome venga utilizzato all'interno della S.C. Clinica Odontoiatrica e Stomatologica, anche in presenza di altre persone, per comunicazioni verbali o audio/video.

 (firma leggibile) (**)

 (firma leggibile del curatore) (*)

ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili, per le finalità di tutela della salute e della incolumità fisica, con riferimento alle prestazioni di natura diagnostica richieste ovvero al ricovero ospedaliero

 (firma leggibile) (**)

 (firma leggibile del curatore) (*)

Estremi del documento d'identità del dichiarante:.....

luogo e data

 (firma dell'addetto)

(*) per le ipotesi di curatela è necessario allegare anche la firma dell'interessato
 (**) anche il consenso di chi non sa o non può firmare deve essere raccolto previo accertamento dell'identità del dichiarante