

DISTRETTO _____
Erogazione Prestazioni di RIABILITAZIONE

CONSENSO AL TRATTAMENTO

(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il sottoscritto/a _____ nato
a _____ il _____, preso atto dell'informativa resa
ex art.13 D.Lgs. 196/2003, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali,
anche sensibili, per le finalità amministrative e di cura della salute correlate all'erogazione delle
Prestazioni Riabilitative. Infine, a garanzia della corretta modalità di informazione relativa al
proprio stato di salute, consente che sia data comunicazione alle sottoindicate persone:

GENITORI SI NO _____
(nome e cognome)

CONIUGE SI NO _____
(nome e cognome)

FIGLI SI NO _____
(nome e cognome)

FRATELLI SI NO _____
(nome e cognome)

MEDICO CURANTE SI NO _____
(nome e cognome)

ALTRI _____
(nome cognome)

Data _____

Firma assistito/a/genitore/tutore legale