

**DISTRETTO \_\_\_\_\_**  
**Erogazione Prestazioni in ASSISTENZA DOMICILIARE**

**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 fornite in Assistenza Domiciliare. 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