



## FAC SIMILE CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

*(In genere tutti i gestionali utilizzati per la raccolta dei dati clinici e l'elaborazione delle ricette elettroniche, sia privati che istituzionali, predispongono propri moduli di consenso. Il presente ha solo finalità esemplificative e non esaustive)*

Il sottoscritto .....nato a.....il.....  
residente in.....Via.....cap.....Località.....  
dichiara di essere stato esaustivamente e chiaramente informato su:

1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della mia salute;

2 i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti, ministero Finanze, Enti pubblici quali INPS, Inail etc) o che possono venire a conoscenza in qualità di incaricati;

3 il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione e/o la limitazione nell'utilizzo degli stessi;

4 il nome del medico titolare del trattamento dei dati personali ed i suoi dati di contatto;

5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate e la fruizione dei servizi sanitari secondo la attuale disciplina .

Data

Esprimo quindi il mio libero e consapevole consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione al Dr....., Titolare del trattamento dei dati medesimi.

Firma dell'interessato