

## MODULO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a (nome e cognome del paziente) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 dal titolare del trattamento, preso atto dei diritti a me riconosciuti dall'art. 7 del suddetto decreto,

### CONSENSO AL TRATTAMENTO

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art.13 del D.lgs n.196 del 30 giugno 2003

Autorizzo  Non autorizzo

l'Azienda Ospedaliera "Gaetano Rummo" di Benevento, al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa (*tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato*)

### INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a:

Nessuno  Familiari (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Medico curante (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE

Autorizzo  Non autorizzo

Che sia resa nota la mia presenza in questo Ospedale, consentendo di fornire l'informazione a chi ne faccia richiesta.

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente \_\_\_\_\_

Per:  minori  interdetti

Firma del genitore/tutore \_\_\_\_\_

n° documento identificativo \_\_\_\_\_

### In caso di impedimento fisico e/o di impossibilità a firmare

Firma del coniuge/convivente/prossimo congiunto \_\_\_\_\_

n° documento identificativo \_\_\_\_\_

### In caso di impedimento fisico e/o di impossibilità a firmare, in mancanza delle persone suddette

Firma del medico incaricato \_\_\_\_\_