

DISTRETTO DI.....

ATTIVITA' UNITA' SPECIALE CONTINUITA' ASSISTENZIALE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.

Il sottoscritto..... nato a

..... il..... residente in.....

Via.....cap.....Località..... documento

identità n..... rilasciato da.....il.....dichiara di
essere stato 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 propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici , laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere) o che possono venirne 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 nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo della sede dell'USCA;
5. la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili,
esclusivamente a fini di diagnosi e cura al

Dr.....

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Da conservare da parte del medico

1) Si prega di inviare il foglio debitamente compilato e firmato in tutte le sue parti alla mail usca.acireale@aspct.it