

**Studio medico dott :** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto ..... nato a ..... il  
.....residente a ....., assistito dal dott. ....e dallo stesso  
informato sui diritti e sui limiti di cui al D.L 196/2003 , concernente la tutela delle persone e di altri  
soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, esprime il consenso e autorizza al trattamento dei  
suoi dati personali, solo ed esclusivamente a fini di diagnosi e cura, il dott. ...., medico  
di fiducia e, in sua assenza, il sostituto e i sanitari che svolgono (in base alle norme attuali) attività in  
associazione con il mio Medico di Fiducia, qui indicati nominativamente (salvo altri)

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma del paziente (o esercente la patria potestà)  
-----

Il sottoscritto ..... nato a ..... il  
.....residente a ....., assistito dal dott. ....e dallo stesso  
informato sui diritti e sui limiti di cui al D.L 196/2003 , concernente la tutela delle persone e di altri  
soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, esprime il consenso e autorizza al trattamento dei  
suoi dati personali, solo ed esclusivamente a fini di diagnosi e cura, il dott. ...., medico  
di fiducia e, in sua assenza, il sostituto e i sanitari che svolgono (in base alle norme attuali) attività in  
associazione con il mio Medico di Fiducia, qui indicati nominativamente (salvo altri)

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma del paziente (o esercente la patria potestà)  
-----

Il sottoscritto ..... nato a ..... il  
.....residente a ....., assistito dal dott. ....e dallo stesso  
informato sui diritti e sui limiti di cui al D.L 196/2003 , concernente la tutela delle persone e di altri  
soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, esprime il consenso e autorizza al trattamento dei  
suoi dati personali, solo ed esclusivamente a fini di diagnosi e cura, il dott. ...., medico  
di fiducia e, in sua assenza, il sostituto e i sanitari che svolgono (in base alle norme attuali) attività in  
associazione con il mio Medico di Fiducia, qui indicati nominativamente (salvo altri)

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma del paziente (o esercente la patria potestà)