

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)