



Consenso da parte dell'interessato al trattamento e alla comunicazione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____ N _____

Dopo essere stato informato ai sensi dell'art. 10 della legge sulla privacy (L.675/96) e in particolare, dopo essere stato informato dei propri diritti nel confronto del trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale; preso atto che i trattamenti verranno effettuati, comunque, nei limiti posti dalla legge, inclusi i profili inerenti la salvaguardia della propria riservatezza

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che lo riguardano da parte di tutte le strutture della ASP di Ragusa ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione; esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati a fini statistici, epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, la diffusione e il trattamento all'estero, nei casi previsti dalla legge, dal regolamento dell'Azienda o comunque effettuati nell'ambito delle sue finalità istituzionali.

CONSENTE

che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone (segnare la voce che interessa)

- NESSUNO**
- CONIUGE E FIGLI**
 - Solo informazioni generiche di salute
 - Emergenze
 - Ogni informazione
 - Nessuna informazione
- ALTRA PERSONA** (indicare quale)
 - Solo informazioni generiche di salute
 - Emergenze
 - Ogni informazione
 - Nessuna informazione
- AMICI E CONOSCENTI**
 - Solo informazioni generiche di salute
 - Emergenze
 - Ogni informazione
 - Nessuna informazione
- ORGANI DI STAMPA – RADIO - TELEVISIONE**
 - Solo informazioni generiche di salute
 - Emergenze
 - Ogni informazione
 - Nessuna informazione

Data _____

FIRMA _____