

Se firma il modulo sottostante deve sapere che tutti i dati che la riguardano saranno utilizzati unicamente per garantirle un appropriato trattamento diagnostico e terapeutico, salvaguardare la tutela della salute pubblica, contribuire alla ricerca scientifica e statistica.

La ASL Napoli 1 garantisce il pieno rispetto della normativa vigente sulla privacy (D.L. n.196/2003).

Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale
Napoli 1



INGLESE	FRANCESE	SPAGNOLO
CINESE	ARABO	RUSSO

Sede :

U.O. :

Numero Progressivo:/.....

RICEVUTA ED ESPRESSIONE DI CONSENSO
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto.....

codice fiscale / codice STP/ENI.....

giusta informativa ricevuta dall'A.S.L. Napoli 1,

- a) acquisita cognizione della disciplina vigente e dei propri diritti a tutela della privacy,
- b) individuato il ben delimitato ed indispensabile ambito di comunicazione e diffusione dei dati personali e sensibili che saranno raccolti o prodotti,
- c) preso atto dell'adozione di ogni cautela a salvaguardia della riservatezza di dette informazioni,

esprime il proprio consenso

al trattamento e comunicazione dei dati personali che lo riguardano, ivi compresi quelli cosiddetti "sensibili" ai fini strettamente necessari così come comunicato.

Napoli,

L'assistito (*)

.....
(firma leggibile)

(*) Sottoscrive (firma) l'interessato se maggiorenne; oppure uno dei genitori o il tutore per i minori o per l'incapace di intendere e volere.
Nelle situazioni di emergenza la sottoscrizione potrà avvenire anche in una fase successiva alla erogazione delle cure.