



Presidio/Struttura: _____ Se H indicare reparto: _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____

REPARTO DI AMMISSIONE: _____ COD. REPARTO: _____

DATA RICOVERO: ____/____/____ ORA RICOVERO: _____

A PRESENZA NELLA STRUTTURA

Il sottoscritto/a, in conformità a quanto previsto dall'art.83 della Legge 196/2003 sulla tutela della privacy, chiede:

che non venga segnalato il proprio nominativo e la relativa presenza nella struttura, a chi ne facesse richiesta.

B COMUNICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE

Il sottoscritto/a, in conformità a quanto previsto dall'art.83 della Legge 196/2003 sulla tutela della privacy,

CHIEDE che siano rivelate informazioni relative al proprio stato di salute:

A nessuno A tutti Al Medico M.M.G./ P.L.S. Alle persone sottoelencate

C VISIONE DOCUMENTAZIONE

Il sottoscritto/a dichiara di autorizzare la presente Azienda a mostrare i risultati medici o altra documentazione sanitaria o sociale a:

A nessuno A tutti Al Medico M.M.G./ P.L.S. Alle persone sottoelencate

	Nome e Cognome	Recapito (facoltativo)	Note
1			
2			
3			
4			
5			

Pienamente informato delle finalità e modalità, esprimo il consenso, in conformità all'art.8 del D.lgs 196/03, al trattamento dei miei dati personali anche sensibili contenuti nel presente modulo.

DATA: ____/____/____ Firma del Paziente _____
(o del genitore se minore)

Attenzione! In alternativa, da sottoscrivere a cura del compilatore:

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara che, in qualità di _____

all'atto del ricovero:

- Ha acquisito oralmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili del paziente.
- Il paziente si trova in situazione di impedimento permanente (da indicare e sottoscrivere in Cartella).
- Il paziente si trova in condizione di impedimento temporaneo.
(il modello pertanto dovrà essere sottoscritto non appena possibile)

FIRMA _____