



CONSULTORIO FAMILIARE – SPAZIO GIOVANI

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritta _____

nata a _____ il _____

letta e compresa l' informativa ricevuta ai sensi dell' art. 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

AUTORIZZO

l' Azienda Usl di Modena a trattare i dati personali e di salute inerenti le attività sanitarie a tutela della mia salute in occasione di prestazioni ricevute presso il Consultorio Familiare

Data _____

Firma _____

(Per la minorenni o l' incapace in qualità di _____ *)

* In caso di soggetto minore di età deve prestare il consenso chi esercita la potestà genitoriale. Nel caso in cui il minore non sia accompagnato dal genitore per fruire di prestazioni in libero accesso non verrà richiesto alcun consenso. In caso di soggetto incapace o impossibilitato, possono prestare il consenso: l' Amministratore di sostegno (se a ciò autorizzato), il Tutore, il Curatore, un prossimo congiunto, un familiare, un convivente o il responsabile della struttura presso cui dimora l' interessato.