



timbro

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

presa visione e compresa adeguatamente l'informativa

Autorizzo il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ad utilizzare i dati personali e sensibili, nei termini e nei modi sopra indicati

Luogo e data _____ Firma _____

Ovvero in qualità di genitore tutore di _____ Firma _____

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Autorizzo l'Azienda a fornire informazioni sulla mia salute a:

familiari/conviventi/conoscenti (nome, cognome, eventuale recapito telefonico) indicati di seguito:

- medico di medicina generale / pediatra di libera scelta
- medico di fiducia (nome, cognome), Dott. di (località).....
- consulenti, comunità non convenzionata, volontariato, gruppi di auto-aiuto
- scuola (per pazienti studenti)
- nessuno

QUESTIONARI DI GRADIMENTO

Sono disponibile ad essere contattato dall'Azienda Usl di Modena e/o a ricevere presso il mio recapito questionari/indagini di gradimento e/o di valutazione o altro materiale divulgativo connesso ad iniziative dell'Azienda Usl: SI NO

Data _____ Firma _____

ANNOTAZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto _____ **esercente la professione sanitaria**, dichiara di aver consegnato/illustrato l'informativa per il trattamento dei dati personali e di aver ricevuto la **manifestazione orale del consenso** al trattamento dei dati da parte del Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____

Ovvero in qualità di genitore tutore di _____

Data _____ In fede _____