

Espressione del consenso al trattamento di dati sensibili da parte dell'interessato ai fini del D.Lgs 30.06.2003 n° 196.

A. Il sottoscritto _____ Tessera sanitaria _____ autorizza il Dott. _____ e, in sua assenza, i sostituti, il Medico del Servizio di continuità assistenziale, nonché il personale medico, infermieristico, fisioterapico e assistenziale dell'A.S.P. Casa Operai Vecchi ed Inabili al Lavoro di Paluzza "Matteo Brunetti", a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura.

Inoltre

AUTORIZZA

❖ l' utilizzo degli stessi a scopo di ricerca scientifica, purchè sia assicurata la riservatezza degli stessi :

- SI
- NO

❖ l' A.S.P. Casa Operai Vecchi ed Inabili al Lavoro di Paluzza "Matteo Brunetti" alla trasmissione della scheda clinica informativa all'A.S.S. n. 3 "Alto Friuli" per quanto di competenza:

- SI
- NO

Il sottoscritto consente che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sottoindicate persone:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

B. Il sottoscritto comunica le seguenti disposizioni (limitazioni alle cure sanitarie, decesso, ecc.ecc.) :

Paluzza, li _____

Firma