

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dott.
TITOLARE STRUTTURA SANITARIA MEDICA
SEDE.....

Il sottoscrittonato a.....il.....

C. F., Tel :

DICHIARA

Di essere residente e/o domiciliato
in.....Via.....cap.....Località Cautano - Bn n. ..
tel

dichiara di essere stato informato su:

- 1 le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione e salvaguardia della salute pubblica e che pertanto i dati personali possono essere trasmessi oltre che alle strutture sanitarie preposte, al Sindaco del proprio comune di residenza in qualità di massima autorità sanitaria locale.

Data:

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini della salute pubblica e cura al Dr.

Firma dell'interessato o del rappresentante legale

Da conservare da parte del Titolare della struttura sanitaria