

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

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

Il sottoscritto .....nato 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**