

Consenso al trattamento dei dati personali reso all'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta

Io sottoscritto/a

Nato a

Il....., residente a

Acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali (sanitari e non):

Per proprio conto

**e/o esercitando la potestà genitoriale, tutela, curatela dell'assistito
cognome e nome.....**

Acconsento

SI

NO

a che l'Azienda USL della Valle d'Aosta, attraverso tutti i suoi operatori, tratti i miei dati sanitari a fini di tutela della mia salute o della mia incolumità fisica ovvero ai fini di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione.

Prendo atto

che il consenso di cui sopra vale per ogni prestazione sanitaria eseguita presso le strutture responsabili del trattamento dei dati di cui l'Azienda è titolare.

Firma leggibile _____

Autorizzo

SI

NO

L'Azienda U.S.L. Valle d'Aosta a ricevere da e a inviare a: medico di medicina generale / pediatra di libera scelta, anche tramite sistemi informatici, i referti delle indagini cliniche, strumentali e di laboratorio, lettere di dimissioni per la tutela della mia salute o della mia incolumità fisica, fatta salva la possibilità di negare, nei casi non previsti da specifiche norme di legge, il consenso alla comunicazione da parte dell'Azienda ai MMG e/o ai PLS e da parte dei MMG e/o ai PLS all'Azienda, di specifici eventi clinici.

Data, _____

Firma leggibile _____