

**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI SENSIBILI**

Il/La sottoscritto/a

Codice Fiscale

E-mail (*)

Numero cellulare (*)

(*) da compilare solo nel caso in cui tali campi si rendessero necessari per la finalità richiesta

o da altro soggetto, in qualità di:☐ Genitore ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno☐ Altro:

Del paziente

Documento di identità di chi ne fa le veci, n°

Rilasciato il...../...../.....

N.B. Nell'eventualità in cui il modulo sia compilato da chi fa le veci del paziente si dovrà obbligatoriamente allegare a questo modulo copia della carta di identità.*A seguito delle informazioni fornite dal Titolare del trattamento, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana, ai sensi dell'artt. 13-14 del Regolamento (UE) 2016/679.***COMUNICAZIONE STATO DI SALUTE A SOGGETTI INDIVIDUATI**

In riferimento alla possibilità che siano date informazione sul mio stato di salute ai soggetti di seguito individuati:

☐ Esprimo il consenso☐ Nego il consenso.....
.....
.....
.....**COMUNICAZIONE STATO DI SALUTE AL MEDICO CURANTE**

In riferimento alla possibilità che siano date informazione sul mio stato di salute al mio medico curante:

☐ Esprimo il consenso☐ Nego il consenso.....
.....**ATTIVITÀ DI RICERCA SCIENTIFICA E/O STATISTICA**

In riferimento alla possibilità che i miei dati personali possano essere trattati per finalità di ricerca scientifica, medica, biomedica, epidemiologica e/o statistica:

☐ Esprimo il consenso☐ Nego il consenso

In fede

....., / /

.....

(firma dell'interessato)

Il sottoscritto Dott.dichiara che all'atto del ricovero (giorno..... ora.....)

Il/la Sig.

non è nelle condizioni psico-fisiche per compilare quanto sopra.

.....

(firma del Medico)

.....

(firma di un testimone)