

CHIRURGIA GENERALE – FLEBOLOGIA - PROCTOLOGIA – ECOGRAFIA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Io sottoscritto/a ..... C.F. ....,  
nato/a a ..... il .....,  
residente a ..... Via ..... CAP..... Tel. ....,  
dettagliatamente informato/a, secondo il Regolamento del 27/04/2016 n. 679 “REGOLAMENTO (UE) DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO, in particolare, sulla definizione dei dati “sensibili” , intesi quali “..... **i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute.....**”, nonché sulle relative garanzie previste e sui diritti dell’interessato

**AUTORIZZO**

Il Dott. Cesare Moretti ed il personale sanitario, tecnico ed amministrativo operante per suo conto presso lo Studio Medico sito in via Sonnino 99 a Cagliari, ciascuno secondo le proprie competenze, al **trattamento**, con mezzi elettronici e non, dei miei dati personali/sensibili, per finalità inerenti diagnosi, assistenza, trattamenti terapeutici, ricerca scientifica e relative attività amministrative e contabili, nel rispetto della normativa vigente, consapevole che un mio eventuale rifiuto sarebbe causa di impedimento per codesta struttura nel perseguire le finalità sopra citate (per “trattamento” si intendono tutte le operazioni di raccolta, organizzazione, registrazione, conservazione elaborazione statistica, diffusione, cancellazione e distribuzione dei dati)

Io sottoscritto/a

**CONSENSO**

**Che sia data comunicazione relativa al mio stato di salute:**  
*(barrare la voce che interessa)*

- Solo al/alla sottoscritto/a
  - A chiunque ne faccia richiesta
  - Al sottoscritto e alle persone qui sotto indicate
1. ....
  2. ....
  3. ....
  4. ....

**Che la documentazione sanitaria (ricette mediche, richieste specialistiche, referti di indagini, cartelle cliniche, etc.) possa essere affidata all’occorrenza:**

- (barrare la voce che interessa)*
- Solo al/alla sottoscritto/a
  - A chiunque ne faccia richiesta
  - Al sottoscritto e alle persone qui sotto indicate
1. ....
  2. ....

Io sottoscritto/a, inoltre, sono a conoscenza del fatto che, con il presente consenso, autorizzo il Dott. Cesare Moretti a rendere disponibili le informazioni e la documentazione relativa alle prestazioni ricevute al mio Medico di Famiglia Dott. ....

Infine,  **CONSENSO**  **NON CONSENSO** che il personale incaricato dal Dott. Cesare Moretti, mi contatti, presso i recapiti da me forniti, per comunicazioni su appuntamenti e su dati inerenti il mio stato di salute.

CAGLIARI ...../...../.....

FIRMA DELL’INTERESSATO  
(o di chi esercita la patria potestà in caso di minori)