



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO DATI  
(artt. 76, 79, 81 D.LGS 196/03)**

Io sottoscritto/a (in stampatello) \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

per proprio conto (in qualità di interessato)

e/o esercitando la potestà/tutela sull'assistito \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**DICHIARO** di aver acquisito e compreso l'informativa generale per il trattamento dei dati personali (e sensibili), fornita ai sensi del D.Lgs.196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" dall'Azienda USL di Imola ed

**ACCONSENTO**

a che l'Azienda USL di Imola tratti i miei dati personali-sanitari (ovvero i dati relativi alla persona che rappresento) connessi a tutte le prestazioni erogate o da erogare anche in futuro presso i servizi/strutture dell'Azienda medesima, per finalità di tutela della salute e incolumità fisica.

Firma dell'interessato (o dell'esercente la potestà/tutela)

Data \_\_\_\_\_

=====

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Io sottoscritto (come sopra identificato), sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 DPR 445/2000, dichiaro:

di esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato

di essere il legale rappresentante del paziente (interdetto) sopra indicato.

Firma del dichiarante

Data \_\_\_\_\_

=====

**ANNOTAZIONE DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO  
SANITARIO (artt. 76, 79, 81 D.LGS 196/03)**

**(da compilare a cura dell'operatore AUSL)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**attesta**

di aver consegnato all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario;

che l'interessato, presa visione dell'informativa specifica, **ha manifestato oralmente** il consenso al trattamento dei propri dati da parte dell'Azienda USL di Imola.

Imola,

Firma dell'operatore

\_\_\_\_\_