



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

REGIONE LAZIO  
**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3**



Dipartimento Cure Primarie e Integrazione Socio Sanitaria  
U.O.C. Prevenzione e Tutela della Salute della Coppia

N° .....

DATA DI COMPILAZIONE

.....

## CONSULTORIO FAMILIARE

VIA .....

Cognome .....

Nome .....





**CONSENSO PRIVACY**

(Il presente modulo può essere compilato e sottoscritto dall'utente o dal personale autorizzato al trattamento che raccoglie le dichiarazioni orali dell'utente e che sottoscrive il modulo per attestazione)

Il/La Signore/a

(stampatello)

Cognome

Nome

**DICHIARA DI AVER RICEVUTO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI DEGLI UTENTI DEI SERVIZI SANITARI E AUTORIZZA L'AZIENDA USL ROMA 3**

1) al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, in particolare relativi al suo stato di salute, finalizzato alla fornitura delle prestazioni necessarie per la tutela della sua salute e per le altre finalità indicate nell'informativa ricevuta

2) ad informare i visitatori (familiari, parenti, conoscenti, ecc.) sul reparto in cui è ricoverato

SI  NO

3) a rilasciare, per il tramite del personale medico, informazioni sul suo stato di salute solo alle specifiche persone di seguito indicate

SI  NO

Se SI, specificare a chi:

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

(stampatello)

Cognome

Nome

4)

(altro)

SI  NO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Firma dell'utente o del soggetto autorizzato al trattamento che raccoglie e attesta le dichiarazioni dell'utente)

Nel caso di utente minorenni firma l'esercente la potestà genitoriale. Nel caso di urgenza firma un familiare, un convivente o un responsabile/accompagnatore della struttura in cui dimora l'utente previa compilazione della dichiarazione sul retro della presente.