



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.