

## **MODULO DI CONSENSO**

**Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili da parte dell'interessato ai fini della legge 31-12-96 numero 675 e all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale**

Il sottoscritto....., nato a .....  
il ....., residente a ..... in Via .....,  
dichiarando di essere stato informato in data odierna della vigente disciplina in materia della riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli sensibili a carattere sanitario (Art. 13 diritti dell'interessato, Art. 22 dati sensibili, Art. 23 dati sanitari) e di aver preso cognizione della necessità del conferimento dei dati richiesti,

### **ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO**

1. al trattamento dei dati personali

# propri

# del familiare ....., nato a ..... il .....  
ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie;

2. all'avvio della richiesta di valutazione da parte dell'Unità Valutativa Multidimensionale.

Luogo e data

Firma leggibile

.....

.....

*Parte da compilare in caso di consenso firmato da un familiare*

*Il sottoscritto dr. .... dichiara che al momento della visita (il giorno ..... alle ore .....) il sig. ...., nato il ....., non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.*

*Firma del medico*

.....