



A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I

Direzione Affari Generali e Legali
Dirigente: Dott. Andrea Lorenzoni
Tel. 0744/205352

E-mail a.lorenzoni@aosp terni.it

P.O. Affari Legali: Dott.ssa Giuseppina Ferraro

Tel. 0744/205779

E-mail g.ferraro@aosp terni.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Consenso per il ricovero

Io sottoscritto/a

Cognome-----

Nome-----

Nato/a ----- il -----/-----/-----

Residente a ----- Prov-----

Via/Piazza ----- n° -----

Assistito/a dal/la Dott./ Dott.ssa -----

Dichiaro che, acquisite le informazioni ai sensi dell'art 13 del dl.gs. 196/2003, inerenti il trattamento dei miei dati personali, e "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. b), ed in particolare di quelli a carattere sanitario ai fini di diagnosi, cura, eventuale prescrizione terapeutiche, prevenzione e ricerca (in quest'ultimo caso purché resi assolutamente anonimi) e preso cognizione dell'obbligatorietà di conferimento dei dati richiesti e dell'acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione, esprime il proprio consenso:

- al trattamento dei propri dati personali, ai fini della diagnosi, della cura, della prevenzione e della ricerca scientifica, da parte del personale sanitario della Struttura -----
----- dell'A.O. "S. Maria" di Terni.

Firma leggibile -----

- presto il mio consenso per la comunicazione a terzi dei dati relativi alla mia presenza/ricovero presso la vostra struttura

Firma leggibile -----

Consenso per il ricovero

Il sottoscritto sottoposto in data odierna a visita ambulatoriale presso la struttura -----
----- dell'Azienda Ospedaliera " S. Maria" di Terni acconsente, inoltre, sotto la
propria responsabilità, che le notizie cliniche in ordine al proprio stato di salute siano comunicate
alle seguenti persone:

al medico curante:-----

SI NO

Tel:-----

Ai prossimi congiunti:

1) Cognome ----- nome -----

tel:----- status ----- SI NO

2) Cognome ----- nome -----

tel:----- status ----- SI NO

3) Cognome ----- nome -----

tel:----- status ----- SI NO

4) Cognome ----- nome -----

tel:----- status ----- SI NO

Liberando i medici da ogni responsabilità in merito al rispetto della propria privacy.

Data -----

Firma
