

**CONSENSO SANITARIO****CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI****Modulo per acquisizione del consenso per il trattamento di dati personali e sensibili**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 decreto legislativo n.196/2003 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale

**presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali**

tale consenso, per i trattamenti che comportano una continuità di accesso ai dati, sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma per (nome e cognome interessato) \_\_\_\_\_

(nome e cognome di chi firma) \_\_\_\_\_

grado di parentela/tipologia di relazione con l'Interessato\* \_\_\_\_\_

barrare una di queste voci:

Se il consenso non può essere prestato dall'interessato

- per impossibilità fisica,
- per incapacità di agire
- per incapacità di intendere o di volere

(\*) questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato