

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(artt. 76- 81 del D.Lgs. 30/06/03 n. 196)

Il sottoscritto

nato a _____

Il _____

residente a _____

in Via _____

Tel _____

A nome proprio

oppure

- esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno.....).....
- in qualità di parente (indicare grado di parentela).....
- in qualità di convivente

del/della Sig./a

nato/a _____

Il _____

residente a _____

Via _____

Tel _____

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento a tutte le prestazioni da erogarsi da parte dell'**Azienda USL di Bologna**

e di **AUTORIZZARE** il trattamento dei suoi **dati sensibili** per fini di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e amministrativo-contabili

Data _____

Firma del dichiarante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(per persona diversa dall'interessato)

Il sottoscritto/a

Nato a _____

Il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.76 DPR 445/2000, **DICHIARA** che della persona sopra generalizzata:

- esercita la potestà genitoriale
- è il legale rappresentante
- è parente
- è convivente

Data _____

Firma del dichiarante _____

