



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
SERT di Piacenza - Direttore Dr. Antonio Mosti
U.O. Trattamenti clinico farmacologici ambulatoriali - Responsabile Dr. Vitantonio Scagliusi

MODULO PER IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(o formula da inserire in calce all'informativa)

OGGETTO: consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del nuovo "Codice Privacy" (D. Lgs. n. 196/03).

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ residente in _____

via/piazza _____

acquisite le informazioni fornite dal Titolare/Responsabile del trattamento ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e consapevole che il trattamento potrà riguardare "dati sensibili", in particolare dati idonei a *rivelare lo stato di salute*, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di trattamento indicate nell'informativa ricevuta. Autorizzo altresì la trasmissione di quanto acquisito ai Servizi Sociali, anche per ragioni d'ufficio, ai sensi del combinato disposto dall' art. 320 c.p.p. e dall'art. 22 Legge 675/96.

Data.....

firma del paziente

Fotocopia doc. Identità.....n.....

Rilasciato da.....il.....