



**CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DI DATI PERSONALI E INFORMAZIONI SUL PROPRIO STATO
DI SALUTE (Modulo A1)**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

Preso visione dei contenuti dell'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

ACCONSENTE

SI

NO

alla comunicazione dei dati personali e di informazioni sul proprio stato di salute a:

	nome	cognome	indirizzo	telefono
<input type="radio"/> Coniuge	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Familiare	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Medico Curante	_____	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Altro	_____	_____	_____	_____

Data _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Firma del Responsabile/Incaricato del trattamento dei dati (per esteso e leggibile)