

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI
(ARTT. 7 E 13 DEL REG. UE 2016/679)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
Cod. Fisc. _____
residente in _____ via _____ CAP _____
con riferimento alla richiesta risarcimento danni presentata in data _____

- Per se stesso
 In qualità di erede del Sig./Sig.ra _____
 In qualità di genitore del minore _____

letta l'informativa ricevuta in data _____

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 7 e 13 del Reg. (UE) 679/2016, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova al trattamento dei propri dati personali e particolari relativi all'assistenza sanitaria prestata al/alla Sig./Sig.ra _____

AUTORIZZA

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova a trasmettere la propria documentazione clinica/sanitaria, connessa e strumentale alla gestione del sinistro, alla Compagnia di Assicurazione Amtrust Europe Limited – Divisione Sinistri – e a collaboratori/ausiliari e periti.

Data _____

Firma (leggibile e per esteso) _____