

CONSENSO GENERICO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il giorno _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ in Via _____

per sé

oppure

in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità):

- Tutore
 Esercente la responsabilità genitoriale
 Legale rappresentante
 Amministratore di sostegno

identificato da documento (indicare numero, ente e data di rilascio) _____;

stante impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato Sig./Sig.ra
_____ (nome e cognome)

nato/a a _____ il giorno _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ in Via _____

DICHIARA DI

aver preso visione delle informazioni riportate nell'Informativa Privacy

ESPRIME LIBERO, CONSAPEVOLE ED INFORMATO CONSENSO

al trattamento dei dati personali comuni, sensibili e sanitari da parte dell'Azienda Socio Sanitaria
Territoriale di Mantova, per le finalità e con le modalità ivi descritte.

Data ___/___/___

Firma (estesa e leggibile) _____