

# SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Azienda Sanitaria Locale n°

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Il sottoscritto: ..... nato a : ..... Il : .....

Residente a : ..... Provincia : .....

In via : ..... n°: ..... Telefono : .....

### Dichiara di essere stato informato su:

- Le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati.  
Finalità connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della propria salute.
- I soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private, fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati.
- Il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione.
- Il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali, nonché l'indirizzo del relativo studio professionale.
- La necessità di fornire i dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

**Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura al dr. \_\_\_\_\_**

Luogo / Data .....

Firma (dell'interessato o del legale rappresentante) .....

**Esprimo il mio consenso all'utilizzo dei dati per necessità del terapeuta di supervisione dei casi, in particolare per la terapia con ipnosi, nonché all'utilizzo a fini di ricerca, studio, pubblicazioni scientifiche e congressi, con garanzia dell'anonimato.**

Firma (dell'interessato o del legale rappresentante) .....