

AUTORIZZAZIONE ALLA DIFFUSIONE DEI DATI PERSONALI SENSIBILI

Gentile Paziente,

come è noto la riservatezza dei dati personali, tra cui quelli sensibili riguardanti lo stato di salute, sono tutelati da una legge nazionale. Per questo motivo Le chiediamo di indicarci, **se lo desidera**, a quali persone ci autorizza a rivelare tali dati.

Legga con tranquillità questo foglio, tenendo presente che il trattamento dei dati personali sarà esclusivamente finalizzato a valutazioni cliniche e che quanto da Lei scelto sarà vincolante per tutto il Personale Sanitario.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
(cognome e nome in stampatello) (data di nascita)

chiede che le informazioni sul suo stato di salute vengano rilasciate esclusivamente alla/e sotto indicata/e persona/e:

1) medico curante Dott. _____
Tel. _____ (cognome e nome in stampatello)

2) Sig. _____
Tel. _____ (cognome e nome in stampatello)

ogni informazione SI NO
informazioni generiche SI NO
emergenze SI NO

3) Sig. _____
Tel. _____ (cognome e nome in stampatello)

ogni informazione SI NO
informazioni generiche SI NO
emergenze SI NO

Roma _____
(data)

(firma leggibile del Paziente)