



Acquisizione del consenso dell'Interessato

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a _____ il _____
Residente _____ CAP _____

- acquisite le informazioni fornite dal Responsabile del Trattamento dei Dati Personali, (Dott.ssa **Viscovo Franca**) ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali ai fini indicati nell'informativa, punti 2a e 2b?

Do il consenso Nego il consenso

- Presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa punto 2c?

Do il consenso Nego il consenso

- Presta il consenso a comunicare i dati (generici e sensibili) che La riguardano alle persone qui di seguito elencate, ed ai loro eventuali accompagnatori?

Do il consenso	<input type="checkbox"/>
Do il consenso	<input type="checkbox"/>

- Presta il consenso ad inviare tutta la documentazione relativa al trattamento medico che la riguarda all'indirizzo qui di seguito indicato.

Milano

Firma leggibile

Acquisizione del consenso dell'Interessato (minori)

Milano

- Il/La sottoscritto/a ,
esercitando la patria potestà sui minori:

- acquisite le informazioni fornite dal Responsabile del Trattamento dei Dati Personali, (Dott.ssa **Viscovo Franca**) ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il suo consenso al trattamento dei dati personali dei minori sopra elencati, ai fini indicati nell'informativa, punti 2ae 2b?

Do il consenso Nego il consenso

- Presta il consenso a comunicare i dati (generici e sensibili) che Lo/i riguardano alle persone qui di seguito elencate, ed ai loro eventuali accompagnatori?

Do il consenso	<input type="checkbox"/>
Do il consenso	<input type="checkbox"/>

- Presta il consenso ad inviare tutta la documentazione relativa al trattamento medico che la riguarda all'indirizzo qui di seguito indicato.

Firma
