

Il/la Sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Assistito dalla Dott.ssa Sonia Guarguagli e dalla stessa informata sui limiti di cui al D-lgs 196 del 30 giugno 2003 a tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

**AUTORIZZA**

La Dott.ssa ed in una assenza i medici sostituiti e/o associati, nonché il personale collaboratore dei suddetti sanitari ed eventuali tirocinanti a raccogliere, registrare ed utilizzare i dati personali ai fini di diagnosi e cura, a fini sanitari, a fini amministrativi e fiscali.

È a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento.

**AUTORIZZA**

a trasmettere i promemoria-assistito delle ricette elettroniche, presso l'indirizzo di posta fornito.

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_