

MODULO DI CONSENSO DEI DATI

Io sottoscritta (o sottoscritto).....

via.....città.....prov.....

nato/a.....il...../...../.....

e-mail.....

Assistita/o dalla Dott.ssa Katharina Sirch e dalla stessa informata/o sui diritti limiti di cui la legge n. 675/96, concernente «la tutela delle persone di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali ed eventuale documentazione fotografica legata alla cartella clinica»

ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente ai fini diagnostici, cura e per mantenere un pubblico archivio lavori (che potrà mostrare immagini del paziente sul proprio sito internet) la Dott.ssa Katharina Sirch medico di fiducia e in sua assenza, i sostituti.

.....
(firma leggibile)

Data/...../.....

Località.....