



REGIONE ABRUZZO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4  
L'AQUILA

**Modulo per la manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali  
(art. 23 – D. LGS. 196/03)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- per conto proprio
- esercitando la patria potestà di genitore sul minore \_\_\_\_\_
- esercitando la legale rappresentanza sul sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
(IN CASO DI INTERDETTO)
- altro specificare \_\_\_\_\_

dichiara di aver ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali e

- FORNISCE IL CONSENSO**
- NON FORNISCE IL CONSENSO**

al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile, per i servizi sanitari richiesti e necessari alla tutela della propria salute, dei propri bisogni e per tutto quanto indicato all'interno della citata informativa. Il consenso manifestato ha validità per trattamenti sanitari, amministrativi e per tutte le attività connesse compresa la comunicazione dei dati come indicato all'interno dell'informativa. Il presente consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente informativa.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato o di chi ne fa le veci)