

DOTT.....  
Medico Chirurgo

.....,

## MODULO CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto ..... nato a .....

Il .....e residente in ..... alla via .....

..... n..... assistito dal Dott. .... ed informato

dallo stesso sui diritti e sui limiti di cui alla Legge delega n.127/2001 concernente la

**“ tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali “**

## ESPRIMO IL MIO CONSENSO ED AUTORIZZO

al trattamento dei miei dati personali , esclusivamente ai fini di diagnosi,cura,prevenzione,

ricerca clinica ed epidemiologica , il Dott. ....

ed i collaboratori da lui autorizzati.

FIRMA

.....