

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
(artt. 76- 81 del D.Lgs. 30/06/03 n. 196)

Il soggetto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

Per sé medesimo

oppure

- esercitando la rappresentanza legale in qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno...).....
- in qualità di parente (indicare grado di parentela) .....
- in qualità di convivente

**Il sottoscritto/a**

**Nato a** \_\_\_\_\_ **Il** \_\_\_\_\_

**Residente a** \_\_\_\_\_ **in Via/P.zza** \_\_\_\_\_

**Tel** \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e, con riferimento a tutte le prestazioni da erogarsi da parte dell'**Azienda USL di Bologna**,

**e di AUTORIZZARE il trattamento dei suoi dati sensibili per fini di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e amministrativo-contabili**

Data

Firma del dichiarante

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(per persona diversa dall'interessato)

**Il sottoscritto/a**

**Nato a** \_\_\_\_\_ **Il** \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art.76 DPR 445/2000, DICHIARA che della persona sopra generalizzata:**

- esercita la potestà genitoriale
- è il legale rappresentante
- è parente
- è convivente

Data

Firma del dichiarante

