



**UOC DIREZIONE TERRITORIALE
UOS STRUTTURA DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Acquisite le informazioni ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003, consapevole che il consenso al trattamento riguarda i dati "sensibili" definiti dall'art.4 lett. d) del citato decreto come "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" presta il consenso al trattamento dei dati sensibili sanitari nell'ambito e per le finalità del procedimento oggetto della presente domanda.

Data ___/___/___

Firma _____

ALLEGA

- Documento d'identità dell'assistito
- Tessera sanitaria dell'assistito
- Verbale d'invalidità
- Segnalazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra
- Documentazione sanitaria
- Se la domanda viene presentata da amministratore di sostegno, curatore o tutore allegare copia del documento di identità e copia del decreto di nomina del Tribunale