



**MODULO DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO
ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI A TERZI**

Io sottoscritto

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	_____ Prov. ____	In data	___ / ___ / _____
Codice Fiscale			

[EVENTUALE] in qualità di *medico curante* *genitore* *amministratore di sostegno*
tutore *curatore* *altro* _____ *del Paziente*

COGNOME			
NOME			
Nato/a a	_____ Prov. ____	In data	___ / ___ / _____
Codice Fiscale			

ACCONSENTO

alla **comunicazione** dei dati personali (anche “relativi alla salute”), con ogni mezzo (es. telefono, SMS, e-mail, ecc.) ad uno o più dei seguenti soggetti (o categorie di soggetti)

- coniuge convivente
- figlio/figlia fratello/sorella
- suoceri-cugini-cognati..... amici e conoscenti.....
- altri (specificare)

Torino,

Firma leggibile.....