

CONSENSO TRATTAMENTO DATI E PATTO DI CURA

Io sottoscritto _____, CF _____,

dichiaro di essere d'accordo sui seguenti punti:

- 1) che il mio MMG acceda ai dati sanitari che mi riguardano presenti sui data base regionali
- 2) che il mio MMG comunichi in Regione che abbiamo concordato di seguire il seguente protocollo per quanto riguarda miei esami e controlli da eseguire nel corso del prossimo anno:

- 3) che il mio MMG inserisca i dati riportati al punto 2 su data base regionali

Il mio MMG mi ha consegnato un documento con adeguata informativa sulla privacy, che ho compreso.

Data: _____

Firma paziente: _____

Firma MMG: _____

