

Consenso al trattamento dei dati personali per l'arruolamento di casi di malattie rare nell'osservatorio regionale sulle malattie rare e nel registro nazionale malattie rare

La sottoscritta _____

nata a _____ il _____

residente a _____ provincia _____

in via _____

DICHIARA

di essere stata informata sui diritti e sui limiti di cui all'art 13 del D.lgs 30 giugno 2003 n.196 (codice in materia di protezione dei dati personali) per le finalità previste dalla DDGR n22-11870 del 2 marzo 2004 e dal Decreto del Ministero della salute del 24 aprile 2000.

Pertanto esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili propri ai sensi dell'art 23 del succitato D.lgs.

Data _____

Firma

Firma del medico
