

Porto Viro, li.....

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o comunque non rispondente al vero, richiamata dall'Art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n° 445,

DICHIARA

(vedere nota 1) di essere di
nat... il a
e residente in via

...l... medesim... sottoscritt... autorizza altresì la Casa di Cura Madonna della Salute S.r.l. di Porto Viro (RO) al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai fini del presente procedimento entro i limiti di cui all'informativa contenuta nella nota 2 in calce e, comunque, nel rispetto degli obblighi previsti dal D.Lgs. 30/06/2003 n° 196.

In fede

Porto Viro, li

Firma del dichiarante

(firma leggibile)

L'impiegato presente al momento della sottoscrizione

Nota 1. Indicare: 1) se il dichiarante è genitore di figlio minore o tutore; 2) cognome e nome del minore o dell'incapace; 3) data e luogo di nascita del minore o dell'incapace.

Nota 2. I dati raccolti dalla Casa di Cura precedente sono conservati e trattati mediante strumenti manuali e informatici nel pieno rispetto della sicurezza e riservatezza ai sensi delle disposizioni della Legge 675/96 e successive modifiche e integrazioni; essi sono altresì utilizzati esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente.

Titolare del trattamento dei dati è la Casa di Cura "Madonna della Salute S.r.l.", corrente in Porto Viro (RO) alla via Badaloni 25.

In relazione al trattamento dei dati personali e/o sensibili l'interessato vanta i diritti di cui all'Art. 7 del D.Lgs. 196/03.