



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO – CONSENSI DISPONENTE

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome.....

Codice Fiscale:

Nato/a il

Residente in CAP Prov.....

Via/P.zza..... n

Documento di identità n.....

rilasciato da.....il.....

Recapito telefonico:e-mail:.....

RILASCIO I SEGUENTI CONSENSI

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI***
- **PRESA VISIONE INFORMATIVA***
- **CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DELLE DAT ALLA BANCA DATI NAZIONALE**
- **CONSENSO ALLA RICEZIONE DI INFORMAZIONI TRAMITE L'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA FORNITO***

***obbligatorie**

.....
Luogo e data

.....
Firma (per esteso e leggibile)