

ASP Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale di **COSENZA**

U.O. U.R.P. CENTRALE
Via Delle Medaglie D'Oro, 12 Cosenza - urpcentralecs@asp.cosenza.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SULLO STATO DI SALUTE
(Art 76 Decreto Legislativo 196/2003)

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

e residente _____ *Via* _____

DICHIARO

Di aver ricevuta e compresa l'informativa per il trattamento dei dati sullo stato di salute, fornitami ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 sulla privacy e conseguentemente

AUTORIZZO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza a trattare i miei dati personali per le finalità proprie dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Luogo e data

Firma dell'interessato
