



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Liguria
Dipartimento Cure Primarie

S.S.D. Neuropsichiatria Infantile
Responsabile: Dott. Franco Giovannoni

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

D. Lgs 196/03: "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Informato/a dall'Operatore _____
sui diritti e sui limiti di cui al D. Lgs 196/03: "Codice in materia di protezione dei dati personali" e
del fatto che i propri dati personali inseriti nel data base aziendale sono accessibili solo ed
esclusivamente al personale della Neuropsichiatria Infantile dell'ASL 5 Spezzino.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

il trattamento dei propri dati personali ai fini dell'intervento diagnostico, curativo, riabilitativo e di
sostegno, di ricerca e di gestione e il loro inserimento sul data base aziendale.

(data)

(firma)

Il/la sottoscritto/a autorizza gli Operatori della NPI a fornire ogni notizia sullo stato di salute del
proprio figlio/a, sui trattamenti in atto e sul loro andamento alle seguenti persone:

(specificare nominativi e rapporto con il firmatario)

(data)

(firma)