

MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLA CESSIONE DEI DATI CLINICI

Il sottoscritto _____ (Nome/Cognome) _____ (C.F.), residente in _____, Via _____, in qualità di _____ del minore COGNOME _____ NOME _____ C.F. _____

con il presente Modulo

AUTORIZZO

la Trasmissione dei Dati Personali, Sensibili e ogni documentazione relativa allo stato di salute del minore _____

al Dr. _____ (Nome/Cognome) _____ (C.F.), con Ambulatorio in _____, Via _____.

Luogo e data

Firma

MODULO DI RICEVUTA DATI CLINICI

Il sottoscritto _____ (Nome/Cognome) _____ (C.F.), con Ambulatorio in _____, Via _____,

con il presente Modulo

DICHIARA

di aver ricevuto la documentazione relativa ai dati clinici e sanitari relativa al minore _____ dal _____

Luogo e data

Firma