

SCHEDA ANAGRAFICA E CONSENSO INFORMATO

Questa è una cartella per uso interno, pertanto ogni notizia raccolta rimane coperta dal segreto professionale ed ha l'unico scopo di migliorare le prestazioni che possiamo offrirvi. Siete pregati di rispondere il più accuratamente possibile a tutte le domande e se ci sono problemi è sufficiente chiedere spiegazioni in segreteria.

Grazie per la collaborazione.

Cognome e Nome

Solo per i minori:

Figlio di **e di**

Luogo e data di nascita

Codice fiscale

RESIDENZA

Via **N°**

CAP **Comune** **Provincia**

Tel. **Cellulare** **Email**

Medico di base

CONSENSO INFORMATO

La presente viene compilata sotto la propria responsabilità, ovvero dal parente o dal tutore, e rappresenta un'autorizzazione ad attuare le procedure diagnostiche e terapeutiche atte a risolvere lo stato patologico, preventivamente concordate.

TUTELA DELLA PRIVACY

La firma consente anche che i propri dati siano archiviati tramite computer ed utilizzati in ottemperanza al Regolamento Europeo 679/2016 (Tutela della Privacy) dalla CORE srl, dai consulenti sanitari, di laboratorio ed amministrativi eventualmente coinvolti.

Data

Firma