

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA  
**Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti**  
**"VILLA SOFIA-CERVELLO" - PALERMO**  
**Ufficio Privacy**

Viale Strasburgo 233 - 90146 Palermo - Tel. 0917808372 - fax 0917808994  
e-mail: privacy@villasofia.it

Referente Aziendale: **Dott. Sergio Buccellato**

**MODULO DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*Gola Francesca Longobucco nata a CATANIA il 22/11/1979*

**CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003.

☒ **Autorizzo**

☐ **Non autorizzo**

*L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello", al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato).*

Firma del paziente *Gola Frances Longobucco*

Per: ☐ **minori** ☐ **interdetti**

Firma del genitore / tutore

n° documento identificativo

**In caso di impedimento fisico e/o di impossibilità a firmare:**

Firma del coniuge/convivente/prossimo congiunto

n° documento identificativo

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a:

☐ **Nessuno** ☒ **Familiari** (nome e cognome)

☒ **Medico curante** (nome e cognome)

☐ **Altro**

Firma del paziente *Gola Frances Longobucco*

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA  
**Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti**  
**"VILLA SOFIA-CERVELLO" - PALERMO**

**Ufficio Privacy**

Viale Strasburgo 233 - 90146 Palermo - Tel. 0917808372 - fax 0917808994  
e-mail: [privacy@villasofia.it](mailto:privacy@villasofia.it)

Referente Aziendale: **Dott. Sergio Buccellato**

**MODULO DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

L **BASSI NICOLETTA** nata a **PALERMO** il **28/07/1989**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO**

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196 del 30 giugno 2003.

☒ **Autorizzo**

☐ **Non autorizzo**

*L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello", al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità descritte nell'informativa (tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato).*

Firma del paziente di Bassi Nicoletta

Per: ☐ **minori** ☐ **interdetti**

Firma del genitore / tutore \_\_\_\_\_

n° documento identificativo \_\_\_\_\_

**In caso di impedimento fisico e/o di impossibilità a firmare:**

Firma del coniuge/convivente/prossimo congiunto \_\_\_\_\_

n° documento identificativo \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

Autorizzo a fornire notizie relative alla mia salute a:

☐ **Nessuno** ☒ **Familiari** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

☒ **Medico curante** (nome e cognome) \_\_\_\_\_

☐ **Altro** \_\_\_\_\_

Firma del paziente di Bassi Nicoletta