











Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute (patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); referti e anamnesi; dati genetici; HFKLOVDWDPHQWGHPLHLGDWASHUVRQDOLDSSDUHQHQWDDOLFDMRULHSDUWFRODULQRVVLELOSRRLFKULFDGHQHOHFQRGLLRQLSUHVWVGDOODUSDUGDOODOHWUDDDOODOHWUDMGHOJFLDWRBODPHQWHLQSDUWFRODUHQRVVLELOHSHUFKOLQWUHVVDRLQWQGHVSUHVWUHLLOSURSULRFRQVHQVRHVSOLFLEWDDWDPHQWGHPLHLGDWASHUVRQDOLSHUWDRSLWVSHFLILFK

,QUHODLRQHDOWDPHQWGHPLHLHLGDWASHUVRQDOLUHODWDPHQWDOODVHMQLQDOLJW

**Prestazione di sussidi sanitari**

216(172)                      121216(172)                     

**Gestione della clientela e attività istituzionali**

216(172)                      121216(172)                     

**Attività di informazione e promozione istituzionale**

216(172)                      121216(172)                     

/RFDOLWDDBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

)LUPBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso per le finalità di (i) prestazione di sussidi sanitari e (ii) gestione della clientela e attività istituzionali, le conseguenze sono le seguenti:  
non è possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti

Autorizza inoltre il/la Sig./a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ doc. Identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ quale terzo  
legittimato ad accedere alle informazioni personali che lo riguardano.

**FIRMA dell'Interessato** (Titolare o del Beneficiario maggiorenne -se diverso dal Titolare)

\_\_\_\_\_