

## Consenso scritto all'esecuzione del test di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, mammografico e colon retto ed al trattamento dei dati sensibili (D. Lgs. n. 196/03)

Dichiaro che, avendo compreso le informazioni contenute nella lettera di invito, nonché quelle ricevute dal personale incaricato al momento dell'esecuzione del test di screening  pap-test  mammografia  test sangue occulto.

### Aderisco al programma di screening

Cognome	Nome	
Data di nascita	Luogo di nascita	
Indirizzo		
Cap.	Comune	Prov.

Desidero che il Medico di Medicina Generale

Cognome / Nome

Venga informato degli esiti degli esami che eseguirò

SI

NO

### Consenso al trattamento dei miei dati personali

In base a quanto disposto nell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- la finalità del trattamento è di prevenzione oncologica e di tutela della salute (art. 76 e successivi del D. Lgs. n. 196/03), i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati sensibili limitatamente alle finalità del programma di screening;
- potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D. Lgs. n. 196/03;
- il titolare del trattamento è l'IRCCS-CROB di Rionero in V.;
- acconsento inoltre a ricevere comunicazione telefonica e/o postale del risultato dell'analisi.

Il numero telefonico a cui desidero essere contattato / a è il seguente:

Firma leggibile

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_