

DEROGA AL RISPETTO DEL SEGRETO PROFESSIONALE

Io sottoscritto/a

- non autorizzo alla deroga del rispetto del Codice sulla privacy e del segreto professionale.
- autorizzo gli operatori di questo servizio, del quale sono utente, in deroga all'obbligo del rispetto del segreto professionale / d'ufficio e della tutela dei dati sensibili (CPP art. 200, DPR 309/90 art.120, D. Lgs. 196/03), a trasmettere:
- miei dati anagrafici
 - mie notizie di carattere personale
 - dati relativi al mio stato di salute
 - informazioni sull'andamento del trattamento

ai seguenti soggetti :

- genitori (specificare)
- familiari (specificare)
- operatori di altri servizi pubblici (specificare)
- operatori di comunità terapeutica (specificare)
- altri soggetti (specificare)

.....

Firmato

REVOCA

Io sottoscritto/a intendo revocare l'autorizzazione alla deroga del rispetto del Codice sulla privacy e del segreto professionale in precedenza sottoscritto.

.....

Firmato

AUTOCERTIFICAZIONE

Io sottoscritto/a

avvalendomi della facoltà concessa dall' art. 2 Legge n. 15/1968, come modificato dall' art. 3, comma 10 della Legge 127/97, e dal D.P.R. 20 ottobre 1998 n.403 e consapevole di quanto prevede il D.P.R. 445/2000 e delle pene stabilite negli art. 483, 495 e 496 del codice penale per le false attestazioni e per le mendaci dichiarazioni,

DICHIARO

- Sotto la mia responsabilità che i dati anagrafici riferiti e sopra riportati sono veritieri. Autorizzo, inoltre gli operatori a verificare la veridicità di quanto dichiarato presso il/i Comune/i indicati.
- Di aver ricevuto copia della carta servizi dello Smi Relazione con relativi allegati.

.....

Firmato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a ai sensi del D. Lgs. 196/03, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali.

Firmato