

Per verificare le modalità di trattamento dei dati effettuato dal Ministero della Salute è possibile consultare la pagina dedicata sul sito del Ministero all'indirizzo <http://www.salute.gov.it>

PRESA VISIONE INFORMATIVA E PRESTAZIONE DI CONSENSO

DISPONENTE	Ho preso visione dell'informativa sopra riportata (obbligatoria) Data _____ Firma _____
	Esprimo il consenso per la trasmissione di copia della DAT al Ministero della Salute (facoltativo) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Data _____ Firma _____
	Esprimo il consenso per la notifica tramite email dell'avvenuta registrazione della DAT nella Banca dati nazionale (facoltativo) <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO Data _____ Firma _____
FIDUCIARIO	Ho preso visione dell'informativa sopra riportata Data _____ Firma _____