



**FARMACIE  
COMUNALI  
RIUNITE**

**CONSENSO INFORMATO ALLA PRESTAZIONE INFERMIERISTICA  
E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(D.LGS N.196/03 e regolamento Privacy Gdpr di cui al Decreto n. 101/18 del 10  
agosto 2018)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

dichiaro il mio consenso alla prestazione infermieristica e/o al ciclo di prestazioni (se  
previste più sedute): (specificare il tipo di prestazione) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

presso le Farmacie Comunali \_\_\_\_\_, nell'ambito della farmacia dei servizi.

- Per la suddetta prestazione è stata presentata regolare prescrizione medica.  
(barrare se necessario)

Sono stato/a informato/a della possibilità di poter chiedere in qualunque momento ulteriori  
informazioni in relazione al piano assistenziale ed alla terapia, e di poter negare il consenso  
al trattamento.

Dichiaro inoltre di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della vigente  
normativa sulla privacy (D. Lgs 196/2003 e successive modificazioni).

Il consenso espresso con la presente è da ritenersi riferibile a tutte le operazioni  
direttamente o indirettamente collegate al tipo di prestazione richiesta dall'assistito presso  
la farmacia.

Data e firma dell'assistito

---