



Regione Lazio

**Azienda USL RM B**

Sede legale:  
Via Filippo Meda, 35 00157 Roma  
Tel. 0641431 - Fax 0641433220

## **Modulo di Consenso**

*Il/La sottoscritto/a .....*  
*nato/a a .....prov . ..... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_*  
*residente in Via/Piazza ..... n. .... C.A.P. ....*  
*identificato attraverso ..... n. ....*  
*rilasciat ... il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da.....*  
*pienamente cosciente sui diritti ed i limiti previsti dal Decreto Legge n.*  
*196/2003 "Testo Unico sulla Privacy", ESPRIMO il mio consenso ed autorizzo*  
*al trattamento dei miei dati personali.*

*Quanto sopra ai soli ed esclusivi fini della formulazione del giudizio medico-legale richiesto ai sensi della Legge 104/92.*

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

In fede

---