

Dott. \_\_\_\_\_

**SI CERTIFICA**

a richiesta di parte, quanto segue:

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note anamnestiche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interventi chirurgici subiti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I seguenti esami clinici sono da effettuarsi possibilmente prima dell'ingresso nella struttura:**

Emocromo con formula leucocitaria, glicemia, azotemia, creatinina, uricemia, transaminasi,  $\gamma$ GT, fosfatasi alcalina, bilirubina, protidemia, elettroforesi proteica, VES, elettroliti, esame urine, marcatori sierologici epatite B e C, TPHA, Rx torace , ECG.

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI DA PARTE DELL'INTERESSATO AI FINI DELLA CONFORMITÀ AL  
REGOLAMENTO (UE) 2016/679 IN BREVE GDPR**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiarando di essere stato informato della vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali relativi a particolari categorie, come quelli concernenti la salute (art.9 Dati sanitari, 12 Diritti dell'interessato, 32 Dati sensibili,) e dichiarando, altresì, di aver preso cognizione della obbligatorietà del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di quelli emergenti nel corso della prestazione,

**esprime il proprio consenso**

al trattamento dei dati che lo riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie e per quelle correlate all'oggetto della prestazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma Leggibile \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ dichiara che all'atto della visita il Sig. \_\_\_\_\_ non è nelle condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere quanto sopra.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

