

Allegato A

Autorizzazione al trattamento dei dati

Il sottoscritto _____, assistito dal Dott. _____

_____ e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al Decreto legislativo n. 196/2003 concernente “la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali” AUTORIZZA il proprio Medico di Famiglia e, in sua assenza, i sostituti e i medici associati, nonché i medici del Centro Diabetologico a raccogliere, registrare e utilizzare i dati personali ai fini diagnostici e cura ed ad utilizzare in forma anonima i dati raccolti a scopo di ricerca scientifica ed epidemiologica.

Data: Firma

Consenso informato alla partecipazione alla

“Gestione Integrata del Diabete Mellito di Tipo 2”

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____ DICHIARA di essere stato adeguatamente informato dal proprio Medico di Famiglia / Diabetologo del Servizio di Diabetologia dott. _____ su obiettivi, modalità e percorso di cura definito come “Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2”, e di essere stato informato dal proprio MMG sulle modalità di accesso allo studio, secondo orari programmati e dedicati esclusivamente ai pazienti reclutati nel percorso di Gestione Integrata. Avendo compreso tali finalità, il sottoscritto, esprime, quindi, il proprio consenso ad essere inserito nel percorso di cura, riservandosi la possibilità di revocare la propria adesione in qualsiasi momento.

Inoltre

Data: Firma