

The Power of PINK

Avellino _____

	Cognome	Nome
Nato a	il	C.F.
Residenza	Via	Tel
Cell.	Medico di base	anni

Anamnesi familiare

Interventi pregressi

Primo Ciclo Ultimo Ciclo menopausa dal

Allattamento.... Durata Nr. Figli

Precedenti controlli ginecologici: Data Ultimo controllo:

- Pap Test
- Visita ginecologica

Precedenti controlli senologici: Data Ultimo controllo:

Mammografia del Eseguita da

Ecografia del Eseguita da

Diagnosi

Prox. Controllo Sen. Con Eco Cavi Ecc Mx

Prox. Controllo Gin. Con Pap Test

Esami

CON Glicemia Colesterolo HDL Trigliceridi

Desidera essere ricontattata per i successivi controlli? Si No

Preso visione, dal titolare del trattamento, dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 acconsente al trattamento dei propri dati personali, svolto con le modalità ed in conformità alle norme legislative e regolamenti vigenti e applicabili. Dichiaro altresì di essere a conoscenza del fatto di poter esercitare i diritti previsti all'art.7 del succitato decreto, tra i quali quello di ottenere conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo/la riguardano, l'aggiornamento e la rettifica ovvero l'integrazione dei dati presenti nonché la cancellazione, mediante comunicazione scritta, in persona del suo coordinatore in qualità di Titolare del trattamento dati personali ai sensi e per gli effetti della vigente normativa in materia. Consapevole che il trattamento riguarderà anche dati sensibili ed idonei a rilevare lo stato di salute, come descritto nella lettera informativa e che il consenso sarà considerato valido per la registrazione dati necessari per una serie complessa di prestazioni sanitarie e per perseguire gli scopi statutari da parte dell'associazione.

Firma (per i minorenni firma di uno dei genitori)