

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI TRAMITE "REFERTI ON LINE"

D.P.C.M. 08.08.2013 Servizio di refertazione online

Io sottoscritto (nome e cognome)

nato a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

per sé oppure

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto mia responsabilità dichiaro

in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentante

di (nome e cognome)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

Preso visione dell'informativa sul "Servizio di Refertazione On Line" ed in ottemperanza a quanto stabilito dall'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ed in particolare delle Linee Guida in tema di referti online del 19/11/2009 e di quanto stabilito dal D.P.C.M. del 08/08/2013 in tema di consegna dei referti medici tramite web, e consapevole che:

1. il consenso riguarda, in particolare, il trattamento dei dati personali, anche sanitari, relativamente alle modalità digitali di consegna;
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere revocato in qualsiasi momento;

dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al servizio "referti online" da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale", titolare del trattamento, come di seguito espresso.

CONSENSO AL SERVIZIO DI REFERTAZIONE ON LINE

Acconsento al servizio di refertazione on line da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale"

SI NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questa Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale", salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.
 In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)

Data..... / / 201....

Firma

Firma estesa e leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA:

OPERATORE OR..... DATA..... FIRMA OPERATORE

INSERIMENTO IN GECO:

OPERATORE OR..... N° REG.GECO FIRMA OPERATORE

Note: