

CONSENSO AL SERVIZIO "REFERTI ON LINE"

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

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

residente a (Comune, Prov.) _____ Via _____

per sé oppure

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto propria responsabilità dichiara

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 _____

Preso visione dell'informativa sul "Servizio di Refertazione On Line" e in ottemperanza a quanto stabilito dall'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", e in particolare delle Linee Guida in tema di referti on line 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 prestato liberamente e consapevolmente il consenso al servizio "referti on line" da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.3 "Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli", 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. 3 "Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli"

SI

NO

**Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questa Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli" 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 _____

Firma _____

Firma estesa e ben leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA:

OPERATORE OR _____ **DATA** _____

FIRMA OPERATORE _____

INSERIMENTO IN GECO:

OPERATORE DR _____ **N. REG. GECO** _____

FIRMA OPERATORE _____

Note: _____