

MODULO SCELTA E CONSENSO PER LA CONSEGNA REFERTI MEDICI

Il/la sottoscritto/a
nato/a prov. il / / /
documento n. residente a in
via CF
Numero di telefono

CHIEDE (*barrare e compilare l'opzione di interesse*)

La spedizione a domicilio del referto medico relativo alla prestazione sanitaria
effettuata in data / / al seguente indirizzo:

via/Piazza n.
Località prov. c.a.p.

L'invio tramite posta elettronica^[1] del referto medico relativo alla prestazione
sanitaria effettuata in data / / al seguente indirizzo di posta
elettronica:

^[1] in caso di invio tramite posta elettronica, la password di apertura del file sarà comunicata separatamente.

L'invio tramite posta elettronica certificata del referto medico relativo alla prestazione sanitaria effettuata in data / / al seguente indirizzo di posta elettronica:

L'invio del referto medico relativo alla prestazione sanitaria effettuata in data / / **a un medico designato dall'interessato**

L'invio dei del referto medico relativo alla prestazione sanitaria effettuata in data / / **a un farmacia designata dall'interessato**

La consegna del referto medico relativo alla prestazione sanitaria effettuata in data / / direttamente al sottoscritto o a persona delegata.

DICHIARA

- di esonerare la predetta Azienda da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta prioritaria o elettronica del referto richiesto.

-di essere consapevole che, qualora non provveda a ritirare il referto entro il termine di 60 giorni dalla data dell'esame, sono tenuto/a al pagamento per intero del costo della prestazione, anche se esente

e.

-di aver preso visione dell'informativa ai sensi degli artt.13 e 14 del Reg.UE 2016/679 e di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo, autorizzando l'Azienda USL Toscana Centro all'utilizzo dei dati sulla base della modalità di consegna selezionata.

-di essere informato che accertamenti relativi ad indagine genetiche o all'HIV non potranno essere comunicate all'interessato tramite modalità digitali.

Luogo e Data

Firma Leggibile _____

Nel caso di pazienti minori, interdetti o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i:

(nome e cognome)

Nato/a a

In qualità di