

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 elettronica¹** del referto medico relativo alla prestazione sanitaria effettuata in data ____/____/____ al seguente indirizzo di posta elettronica:

☐ **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** 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.

DICHARA

- 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.

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

-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.....il.....

In qualità di