

**MODULO SCELTA E CONSENSO PER LA CONSEGNA REFERTI MEDICI**

Il/la sottoscritto/a

nato/a

prov.

il

/

/

documento n.

residente a

in

Via/Piazza

CF

Numero di telefono

**CHIEDE**

La consegna del referto medico relativo alla prestazione sanitaria effettuata in

data / /  con la seguente modalità *(barrare e compilare l'opzione di interesse):*

Di ricevere il referto tramite il fascicolo sanitario elettronico

La spedizione a domicilio al seguente indirizzo:

via/Piazza

n.

Località

prov.

c.a.p.

L'invio tramite posta elettronica [\[1\]](#) 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 al seguente indirizzo di posta elettronica:

**L'invio a un medico designato dall'interessato**

**L'invio a un farmacia designata dall'interessato**

**La consegna 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.

-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