

## Invio valore di INR per SMS ai pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via/ Viale/ Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy-usltoscanacentro>  
o scansionando il QR code a margine.



Autorizzo

Non autorizzo

Revoco autorizzazione

alla trasmissione mediante SMS del Valore INR, consapevole che tale modalità costituisce un servizio aggiuntivo che non sostituisce il ritiro del referto cartaceo o tramite Fascicolo Sanitario Elettronico.

Numero di Cellulare per invio SMS \_\_\_\_\_

**Io sottoscritto/a mi impegno a** comunicare eventuale variazione del n° di cellulare fornito compilando un Nuovo Modulo

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(Oppure)

Il paziente nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via / Viale / Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

è in stato di impossibilità fisica, incapacità di agire o di intendere o di volere, pertanto l'Autorizzazione/ la Revoca all'autorizzazione è espresso da: (nome /cognome) \_\_\_\_\_

in qualità di

- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Altro soggetto legittimato (specificare)

Documento di riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

Firma per chi presta / revoca l'autorizzazione