



MODULO CONSENSI MINORI - INTERDETTI

Soggetto interessato		
	<input type="checkbox"/> minore	<input type="checkbox"/> interdetto
C.F.		

Soggetto firmatario				
	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore	<input type="checkbox"/> Ammin. di sostegno
C.F.				

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, affisso in sala d'attesa e disponibile a richiesta presso il personale di front office, dichiaro di aver preso visione e compreso la stessa e

1. CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (e-mail, sms, ecc.) perché mi siano ricordati gli appuntamenti afferenti al minore / interdetto al seguente

- numero telefonico _____
- indirizzo e-mail _____:

Do il consenso

Nego consenso

_____, ___/___/_____

Firma _____

2. INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI COMMERCIALI

In riferimento alla possibilità di essere informato/a di eventuali novità che riguardano le attività e/o i servizi della struttura (es: apertura nuove cliniche, attivazione di nuovi servizi, promozioni, ecc.) e/o l'invio di materiale pubblicitario in genere al seguente indirizzo e-mail _____:

Do il consenso

Nego consenso

_____, ___/___/_____

Firma _____



3. INVIO REFERTAZIONE TRAMITE POSTA ELETTRONICA

BETAMEDICA S.R.L. offre questo servizio secondo quanto previsto dalle **“linee guida in temi di referti on-line”**: secondo le quali le misure di sicurezza di protezione del referto inviato per e-mail (password / cifratura) potranno **non essere osservate** qualora **l'interessato ne faccia espressa e consapevole richiesta**, in quanto l'invio del referto alla casella di posta elettronica indicata dall'interessato non configura un trasferimento di dati sanitari tra diversi titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato effettuata su specifica richiesta di quest'ultimo.

Facendo riferimento alle seguenti istruzioni e avvertenze in merito alla fornitura del suddetto servizio di refertazione via e-mail:

- la presente richiesta può essere annullata entro e non oltre le 24 ore dalla sua presentazione;
 - il richiedente si assume la responsabilità rispetto ai dati forniti nella presente richiesta, ivi compreso l'indirizzo e-mail al quale lo stesso vuole che il referto venga recapitato;
 - il referto sarà inviato in formato PDF, firmato. Esso non sostituisce le normali procedure di consegna del referto, che resta, in ogni caso, disponibile in formato cartaceo - ai sensi e per gli effetti di legge presso BETAMEDICA S.R.L.
 - il referto delle analisi che verrà inviato potrà essere composto da più allegati, e lo stesso è protetto da password.
- Dopo aver letto e compreso quanto sopra descritto rispetto alle modalità operative di fornitura del servizio stesso e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà “categorie particolari di dati personali” di cui all'art.9 Reg. UE n. 2016/679 vale a dire i dati "relativi alla salute",

Do il consenso

Nego il consenso

sotto mia unica responsabilità, di recapitare il mio referto al seguente indirizzo e-mail (scrivere in stampatello).

Indirizzo e-mail: _____ @ _____

_____, ____/____/____

Firma del richiedente

4. COMUNICAZIONI RELATIVE ALLO STATO DI SALUTE

In relazione alla possibilità di fornire informazioni relative alla prestazione sanitaria ricevuta e, in ordine al mio stato di salute in generale, esclusivamente ai seguenti soggetti

1) _____ reperibile all'utenza telefonica _____

2) _____ reperibile all'utenza telefonica _____

3) _____ reperibile all'utenza telefonica _____

Do il consenso

Nego consenso

_____, ____/____/____

Firma _____