

## MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Oggi \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice Fiscale \_\_\_\_\_  
dichiara di aver letto e compresa l'Informativa esposta nella sala di attesa e di aver acquisite le informazioni fornite dal titolare/responsabile e/o dalla persona autorizzata al trattamento:

Firma \_\_\_\_\_

### Medico

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Alla comunicazione dei miei risultati sanitari al Medico: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Ospedale/centro Esterno

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Alla comunicazione per esami specialistici a: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Invio e-mail

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **crittografato**, all'indirizzo: \_\_\_\_\_ impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_

### Consapevole del rischio,

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **non crittografato**, all'indirizzo: \_\_\_\_\_ impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_

### Inoltre

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

All'invio di messaggi PROMEMORIA e/o di SERVIZIO allo stesso indirizzo.

Firma \_\_\_\_\_

### Notifiche SMS

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

all'invio di SMS PROMEMORIA e/o di SERVIZIO al numero \_\_\_\_\_ impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** La struttura non si assume alcuna responsabilità in caso di mancata ricezione del PROMEMORIA e/o della comunicazione di SERVIZIO, a seguito di un omesso aggiornamento dell'indirizzo di posta elettronica e/o del numero di cellulare.