CENTRO DIAGNOSTICO POLISPECIALISTICO VILLAMARIANI S.r.l.

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Oggi _____

Il/La sottoscritta _____ 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.