

COGNOME _____ NOME _____
ID PAZIENTE _____

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

DA COMPILARE IN CASO DI FIRMA DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____, avendo preso visione di apposita informativa¹ ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Europeo 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali ("Regolamento" o "GDPR")

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute anche - laddove disponibili - con modalità informatiche per la **refertazione da remoto**.

_____, Li ___ / ___ / ___ Firma _____

DA COMPILARE IN CASO DI FIRMA DI PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO



Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di _____ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno) di _____, giusta autocertificazione² allegata, avendo preso visione di apposita informativa³ ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Europeo 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali ("Regolamento" o "GDPR"), sotto la propria ed esclusiva responsabilità

per conto di _____

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali relativi alla salute anche - laddove disponibili - con modalità informatiche per la **refertazione da remoto**.

_____, Li ___ / ___ / ___ Firma _____

Questo modulo (<i>Consenso privacy – refertazione da remoto</i>) e l' <i>Informativa privacy pazienti</i> possono essere consultati e scaricati qui: https://www.alliancemedical.it/modulistica (selezionare il Centro di riferimento)	L' <i>Autocertificazione</i> può essere scaricata qui:
	

¹ È possibile consultare l'*Informativa privacy pazienti* utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.

² È possibile scaricare l'*Autocertificazione* utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.

³ È possibile consultare l'*Informativa privacy pazienti* utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.