



Sistema Sanitario Regione Liguria

Dipartimento Interaziendale di Patologia Clinica
Sistema Sanitario Regione Liguria ASL 3 – O.E.I



Modello

GEN-LAB-MD- raccolta consenso - 00

Raccolta consenso

MODULO RACCOLTA CONSENSO

ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

Il / La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

in nome proprio

esercitando la rappresentanza legale in qualità di: genitore tutore amministratore di sostegno

parente (indicare il grado di parentela) _____

convivente

del/della Sig./Si.ra minore _____

Nato/a a _____

Residente a _____ Via/Piazza _____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. in materia di trattamento dei dati personali,

1. **esprimo il consenso** alla consegna del mio referto di laboratorio on line
2. **esprimo il consenso** al fine di utilizzare il seguente numero di cellulare _____ per avvisarmi che il referto di laboratorio è disponibile on line e per comunicarmi i valori INR attraverso SMS
3. **esprimo il consenso** al trattamento dei dati personali e/o sensibili che verranno trattati per fini diagnostici e terapeutici e per finalità connesse di tipo amministrativo-contabile e di monitoraggio dell'attività. L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali e sensibili per finalità di diagnosi e cura, può comportare l'impossibilità per l'azienda di erogare le prestazioni richieste. Il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e mediante strumenti elettronici; l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti solo al personale autorizzato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza.

Genova, ___/___/_____

Firma dell'interessato _____

A cura dell'operatore incaricato

Identificato a mezzo di C.I. Patente

Rilasciata da _____ il _____

N° _____

Firma dell'operatore _____