RICHIESTA di ATTIVAZIONE del Servizio "REFERTI VIA MAIL"

Io sottoscritto/a Nome e Cognome_____

Codice Fiscale (facoltativo)_____

Luogo di Nascita_____

Data di nascita_____

ricevuta, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, l'informativa generale e quella integrativa che precede, relativa all'utilizzazione dei miei dati personali da parte del Titolare del trattamento,

Chiedo l'attivazione del servizio referti via mail

E acconsento al trattamento dei dati personali (comuni e particolari -sensibili) secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata, per le seguenti finalità:

A) Consegna della refertazione via mail :

☐ consento ☐ non consento

Al seguente indirizzo mail _____

Luogo e data_____Firma_____

B) Trasmissione del referto al medico curante o al MMG/PLS indicato

☐ consento ☐ non consento

Al seguente indirizzo mail _____

Luogo e data_____Firma_____