

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI PER LA CONSULTAZIONE DEI REFERTI ON-LINE
(ai sensi della Normativa Privacy Applicabile)**

Il/La sottoscritto/a, _____, nato/a il _____
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

per sé, in qualità di "Interessato"

oppure, nei casi consentiti dalla legge, in qualità di:

Esercente la responsabilità genitoriale Tutore o curatore Amministratore di sostegno Prossimo congiunto, convivente, familiare o altro soggetto,
munito di apposita delega

del paziente/utente _____ ("Interessato"), nato/a il _____

letta e compresa l'Informativa resa all'Interessato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 ("GDPR") e della normativa europea e nazionale che lo integra e/o lo modifica ("**Normativa Privacy Applicabile**"), ivi compresa la disciplina sulla protezione dei dati personali di cui al Decreto Legislativo n. 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018

e consapevole del diritto di poter revocare il consenso in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7 del GDPR, ferma restando impregiudicata la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca, ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a), 7 e 9, comma 2, lett. a), del GDPR e della Normativa Privacy Applicabile,

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali dell'Interessato, anche appartenenti alle particolari categorie, di cui all'art. 9 del GDPR, per poter usufruire della **consultazione on-line, mediante posta elettronica** o altre modalità elettroniche, dei referti degli accertamenti diagnostici eseguiti dall'Interessato nelle strutture del Titolare, di cui al paragrafo 3 della richiamata Informativa;

utilizzare il seguente indirizzo e-mail: _____

autorizza

non autorizza

il Titolare a comunicare al **medico curante** dell'Interessato il Referto relativo all'accertamento diagnostico eseguito da quest'ultimo presso la struttura del Titolare. In caso di autorizzazione, le informazioni potranno essere fornite esclusivamente al medico curante Dott. _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile _____