

	CONSENSO PRIVACY <u>REFERTAZIONE DA REMOTO</u>	Mod.05.169 Rev.8 Aggiornato il 20/01/2026
		

COGNOME _____ NOME _____ CF _____
N. ESAME _____

Il/La sottoscritto/a _____,
nome e cognome

Da compilare da parte di <u>eventuali</u> legali rappresentanti _____, in qualità di _____ <i>nome e cognome</i> <i>es. genitore, tutore¹, ecc.</i> di _____, <i>nome e cognome del paziente</i>
--

avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali esposta presso il Centro e consultabile tramite il QR Code riportato in intestazione,

ACCONSENTE²:

Refertazione da remoto	al trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, anche - laddove disponibili - con modalità informatiche per la <u>refertazione da remoto</u> :	☐ SI ☐ NO
-------------------------------	--	---

_____, li ____ / ____ / ____ Firma **X** _____

¹ Tutori e amministratori di sostegno devono, altresì, produrre (se non già prodotta) l'*Autocertificazione*, scaricabile utilizzando il QR Code riportato sul presente modulo.

² Questo consenso è facoltativo. Il mancato consenso non pregiudica la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste, ma il Titolare non potrà refertare da remoto, con conseguente allungamento delle tempistiche. Per revocare questo consenso, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, scrivere a: DPO@alliancemedical.it.