

	CONSENSO PRIVACY <u>REFERTAZIONE ON-LINE</u>	Mod.05.177 quater Rev.1 Aggiornato il 24/06/2026
		

COGNOME _____ NOME _____ CF _____
 N. ESAME _____

Il/La sottoscritto/a _____,
nome e cognome

Da compilare da parte di <u>eventuali</u> legali rappresentanti	
_____, <i>nome e cognome</i>	in qualità di _____ <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 on-line	al trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, attraverso i servizi di refertazione on-line e chiede l'assegnazione delle credenziali di accesso al portale esami on-line :	☐ SI ☐ NO
-----------------------------	---	---

Il/La sottoscritto/a indica di seguito i recapiti³ su cui desidera ricevere, a titolo esemplificativo, notifiche telematiche relative alla prenotazione, eventuali copie di referti o altri documenti, questionari facoltativi di valutazione, ecc.:

	_____
	_____@_____
	_____, <i>es. via, piazza</i> _____ <i>n.</i> _____ _____ (____) - _____ <i>città</i> _____ <i>provincia</i> _____ <i>CAP</i> _____

Se fornisce al Titolare i recapiti di un terzo (es. familiare, medico curante, badante, ecc.), il/la sottoscritto/a dichiara di accettare i rischi legati alla scelta di questa modalità e di averlo informato ed averne ottenuto l'autorizzazione. I recapiti qui indicati sostituiscono quelli eventualmente precedentemente indicati al Titolare.

_____, 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 consentirLe di consultare l'esame sul portale esami on-line. Se aderisce ai servizi di refertazione on-line, potrà - di volta in volta, in relazione ai singoli esami - manifestare una volontà contraria, ovvero che gli stessi non siano oggetto del servizio di refertazione on-line precedentemente scelto.

³ Per modificare i recapiti indicati e/o per revocare questo consenso, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, scrivere a: DPO@alliancemedical.it.

**Se trasmette questo modulo al Titolare per via telematica (es. tramite e-mail),
 alleggi copia del documento di riconoscimento, che il Titolare utilizzerà al solo fine di identificarLa (senza conservazione).**