



## MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Oggi \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_ codice Fiscale \_\_\_\_\_  
dichiara di aver letto e compreso l'Informativa esposta nella sala di attesa e di aver acquisito le informazioni fornite dal  
titolare/responsabile e/o dalla persona autorizzata al trattamento:

Firma \_\_\_\_\_

### Medico

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Alla comunicazione dei miei risultati sanitari al Medico: \_\_\_\_\_ .

Firma \_\_\_\_\_

### Ospedale/centro Esterno

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Alla comunicazione per esami specialistici a: \_\_\_\_\_ .

Firma \_\_\_\_\_

### Invio e-mail

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **crittografato**, all'indirizzo: \_\_\_\_\_ impegnandomi ad  
aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_

### Consapevole del rischio,

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **non crittografato**, all'indirizzo: \_\_\_\_\_ impegnandomi ad  
aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_

Inoltre  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

All'invio di messaggi PROMEMORIA e/o di SERVIZIO allo stesso indirizzo.

Firma \_\_\_\_\_

### Notifiche SMS

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

all'invio di SMS PROMEMORIA e/o di SERVIZIO al numero \_\_\_\_\_  
impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_