

**AUTORIZZAZIONE ALL'INVIO TRAMITE EMAIL  
DEI REFERTI DIAGNOSTICI**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Con riferimento ai referti di "laboratorio analisi, risonanza, tac, radiologia tradizionale, mammografia ed ecografia" con la presente:

**AUTORIZZA**

La **Casa di Cura Macchiarella S.p.A.** all'invio della suddetta documentazione, in formato elettronico all'indirizzo email di seguito indicato:

**(si prega di scrivere l'indirizzo email in stampatello)**

tenendo sin da ora libera la Clinica da qualsiasi responsabilità in merito all'invio su un indirizzo email erroneamente scritto, alla perdita della documentazione elettronica e alla lettura della medesima da parte di persone non autorizzate dalla paziente.

Nel caso di paziente minore, interdetto o sottoposti ad amministrazione di sostegno, il consenso è validamente espresso dal/dai seguente/i soggetto/i legittimato/i:

Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ n.q. di \_\_\_\_\_

Con espresso avvertimento che eventuali dichiarazioni mendaci saranno perseguibili a norma di legge e che nessuna responsabilità potrà ricadere sulla Casa di Cura Macchiarella S.p.A.

**Firma leggibile del Paziente o  
Persona avente i poteri secondo legge**

Palermo, \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.**

Si informa che il trattamento dei dati personali, informa che i dati personali conferiti con la presente richiesta saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse all'attività concernente il servizio richiesto. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è obbligatorio. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

presto il consenso

nego il consenso

**Firma leggibile del Paziente o  
Persona avente i poteri secondo legge**

Palermo, \_\_\_\_\_