



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
Direzione Generale-Responsabile Protezione Dati
Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407232

Il Modulo è da inviare alla mail: covid-19@aspag.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL DEI REFERTI – STATO EMERGENZIALE DA CORONA VIRUS ai sensi dell'art. 6 lett. A e 7 del R.E. 2016/679

La Sig.ra / Il Sig. _____ nato/a

_____ il ___/___/_____ residente a _____

in Via/Piazza _____ telefono _____

C.F. _____ E-MAIL _____ @ _____

per sè medesimo esercitando la rappresentanza legale

In qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)

della Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____ il ___/___/_____

residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta di Identità Passaporto Altro _____

N° _____ rilasciato da _____

DICHIARA

di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro dei referti via e-mail, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) per finalità di invio dei propri referti medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, di esonerare l'**Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, da ogni responsabilità** nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Agrigento ___/___/_____

Firma del Richiedente