

 	Consenso privacy refertazione da remoto	Mod.05.169
		Rev.6 Aggiornato al 01/07/2024
		Pag. 1 di 1

COGNOME _____ NOME _____
 ID PAZIENTE _____

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

DA COMPILARE IN CASO DI FIRMA DELL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____, avendo preso visione di apposita informativa¹ ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Europeo 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali ("**Regolamento**" o "**GDPR**")

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute anche - laddove disponibili - con modalità informatiche per la **refertazione da remoto**.

_____, Li ___ / ___ / ___ Firma _____

DA COMPILARE IN CASO DI FIRMA DI PERSONA DIVERSA DALL'INTERESSATO

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di _____ (es. genitore, tutore, amministratore di sostegno) di _____, giusta autocertificazione² allegata, avendo preso visione di apposita informativa³ ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Europeo 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali ("**Regolamento**" o "**GDPR**"), sotto la propria ed esclusiva responsabilità

per conto di _____

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali relativi alla salute anche - laddove disponibili - con modalità informatiche per la **refertazione da remoto**.

_____, Li ___ / ___ / ___ Firma _____

Questo modulo (<i>Consenso privacy – refertazione da remoto</i>) e l' <i>Informativa privacy pazienti</i> possono essere consultati e scaricati qui: https://www.monzamedicina.com/modulistica/	L' <i>Autocertificazione</i> può essere scaricata qui:
	

¹ È possibile consultare l'*Informativa privacy pazienti* utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.
² È possibile scaricare l'*Autocertificazione* utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.
³ È possibile consultare l'*Informativa privacy pazienti* utilizzando il QR code riportato in calce al presente modulo.