

<p>G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio d'Immuno-Ematologia eTrasfusionale</p>	<p>REGISTRAZIONE CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DI REFERTI ON-LINE</p>	<p>R05.13 Rev. 0 Data 21.01.19</p>
--	---	--

Il/ La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

CF _____

In qualità di Diretto interessato,

- presa visione e sottoscritta l'informativa per gli utenti, resa disponibile presso la Sezione Donatori, secondo quanto previsto dal D. Lgs. N.196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101), in merito alla gestione e trattamento dei miei dati personali sanitari e sensibili,
- ricevute le adeguate informazioni sul Portale Donatori Calabria, gestito dal Sistema Gestionale Informativo AssoWeb, afferente alla rete trasfusionale della Regione Calabria,

AUTORIZZO LA TRASMISSIONE ON-LINE DEI REFERTI RELATIVI AI MIEI ESAMI

Tale autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento su mia richiesta.

L'invio tramite e-mail dovrà avvenire al seguente indirizzo:

Data _____

Firma _____

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome: _____

Qualifica: _____

Data: _____ Firma: _____