

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI  
Presidio Ospedaliero DI VENERE Bari Carbonara  
SERVIZIO DI IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE  
Direttore f.f.: Dott. D. Visceglie

MODULO CONSENSO ALL'INVIO REFERTI ON-LINE

IL DONATORE:

Cognome Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Documento n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

DICHIARA

1. di avere acquisito un'ideale informativa ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
2. di aver acquisito esaustiva informativa sulle caratteristiche delle modalità digitali di consegna disponibili.
3. di essere informato sulla possibilità di poter revocare in qualsiasi momento il consenso sulle modalità di consegna dei referti online.

ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali per l'utilizzo della refertazione online dei dati inerenti le donazioni di emocomponenti effettuate nel SIMT dell'Ospedale Di Venere o sue articolazioni.

CHIEDE

al SIMT dell'Ospedale DI VENERE – ASL BARI, la spedizione on line dei referti sanitari relativi alle donazioni di emocomponenti.

LA SPEDIZIONE TRAMITE EMAIL andrà effettuata al seguente indirizzo di posta elettronica:

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di esonerare la predetta Azienda da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni della disciplina in materia di privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio del referto richiesto tramite posta o email  
Il/la sottoscritto/a fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza unicamente ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa viene presentata e per le finalità strettamente connesse alla medesima.

Data, \_\_\_\_\_

Firma del richiedente (per esteso)