



CASA DI CURA VILLA GARDA

MODULO CONSENSI

Il/La sottoscritto/a	
Codice Fiscale	

In riferimento a quanto esposto nel documento di informativa sul trattamento dei dati, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, affisso in sala d'attesa e disponibile a richiesta presso il personale di front office, dichiaro di aver preso visione e compreso lo stesso, e

1. CONFERMA APPUNTAMENTI

In relazione alla ricezione di comunicazioni telefoniche o telematiche (e-mail, sms, ecc.) perché mi siano ricordati gli appuntamenti al seguente

▪ nr. telefono Cellulare: _____

Do il consenso

Nego consenso

2. ATTIVAZIONE / ACCESSO / ALIMENTAZIONE DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

✓ In riferimento all'attivazione, all'accesso e all'alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico da parte della struttura:

Do il consenso

Nego il consenso

✓ In merito alla possibilità di inserire patologie o eventi clinici per i quali la legge riconosce in capo all'interessato una speciale tutela della riservatezza nel DSE (es. HIV, malattie genetiche):

Do il consenso

Nego il consenso

3. INVIO REFERTAZIONE ON LINE SOLO PER ANALISI DI LABORATORIO

In relazione a quanto esposto nell'informativa per il trattamento dei dati personali attraverso il servizio di refertazione on-line al fine della consultazione sul sito web della **CASA DI CURA VILLA GARDA S.R.L.** dei propri referti medico-sanitari ovvero di ogni documentazione medica conseguente alle prestazioni richieste

Do il consenso

Nego il consenso

Al fine della ricezione della password necessaria per scaricare il referto afferente alla prestazione sanitaria erogata, richiedo che la stessa sia comunicata tramite la seguente utenza telefonica:

nr. telefono Cellulare: _____

* * *

_____, __/__/____

Firma _____