

Gentile Signora/Signore,

l'Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi, relativamente al trattamento dei Sui dati personali nell'ambito delle proprie attività istituzionali, così come definite nell'informativa a Lei resa (T01/IOA29), offre ai pazienti che ne fanno espressa richiesta l'invio del referto tramite fax o e-mail.

Tale modalità di trasmissione, finalizzata ad agevolare e semplificare il Suo rapporto con l'Azienda, è subordinata al rilascio di un Suo espresso consenso, pertanto Le chiediamo gentilmente, qualora sia interessato a tale servizio, di compilare questo modulo allegando **copia** di un Suo **documento di identità**.

Qualora fosse interessato alla trasmissione tramite e-mail, La informiamo che, in conformità delle disposizioni normative vigenti (DPCM dell'08.08.2013, Linee guida in tema di referti on-line emanate dal Garante Privacy del 19 novembre 2009) la trasmissione avverrà allegando al corpo della e-mail il referto in formato pdf protetto da PW che Le sarà comunicata con separata modalità dall'Unità Operativa, o all'atto della richiesta o al momento della trasmissione del referto.

\*\*\*\*\*

**Io sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

in qualità di

- diretto interessato
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (\*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (\*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (\*)

(\*) nome e cognome \_\_\_\_\_

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

**chiede**, sotto la propria diretta responsabilità, la trasmissione del referto proprio o della persona rappresentata al recapito **fax** o **e-mail** di seguito indicato, **dichiarando** che tale trasmissione non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati ed **esonero** l'Unità Operativa in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso.


**FAX** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

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

**Firma dell'interessato**

\_\_\_\_\_

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna</p> <p>Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>	<p>INFORMATIVA E CONSENSO ALL'INVIO DI REFERTO TRAMITE FAX o E-MAIL</p>	<p>R11/IOA29 Rev. 1 Pag. 2/2 Data di applicazione: 27.03.2017</p>
---	---	---

# Frontespizio FAX

<b>A:</b>		<b>Da:</b>	<b>Struttura</b>	
			<b>Telefono</b>	
			<b>Fax</b>	
<b>Fax:</b>		<b>Numero pagine:</b>		
<b>Telefono:</b>		<b>Data:</b>		

<b>Oggetto:</b>	
-----------------	--

Come da Sua espressa richiesta, si provvede a trasmettere la documentazione allegata alla presente.

Il contenuto del presente fax ed i suoi allegati sono diretti esclusivamente al destinatario. Qualora il destinatario del presente fax non sia la persona indicata nella presente copertina, lo stesso è pregato di dare immediata comunicazione al mittente, a mezzo telefono o via fax. Il destinatario errato della presente comunicazione deve distruggere immediatamente la documentazione ricevuta ed in ogni caso potrà essere ritenuto responsabile dell'uso non autorizzato delle informazioni ivi contenute, erroneamente acquisite. La diffusione e la comunicazione da parte di soggetto diverso dal destinatario è vietata dall'art. 616 e ss. C.P. e dal D. Lgs. n. 196/03.