



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL
COMUNICAZIONE ESITO TAMPONI RINO-FARINGEI – STATO EMERGENZIALE DA
CORONA VIRUS
ai sensi dell'art. 6 lett. A e 7 del R.E. 2016/679**

La Sig.ra / Il Sig.

_____ nato/a _____
_____ il ____ / ____ / ____ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono _____
C.F. _____ E-MAIL _____
_____ @ _____

per sè medesimo ☐ esercitando la rappresentanza legale

In qualità di (specificare se genitore, tutore, amministratore di sostegno)

_____ della Sig / Sig.ra _____ nato/a _____
il ____ / ____ / ____
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta di Identità ☐ Passaporto ☐ Altro _____
N° _____ rilasciato da _____

DICHIARA

di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro via e-mail degli esiti dei tamponi rino-faringei, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) per finalità di invio dei propri dati medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, nell'ambito delle attività connesse con l'emergenza COVID-19, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/ revocare in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere l'oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Palermo ____ / ____ / ____ Firma del Dichiarante