



3
1

CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A MEZZO EMAIL/PEC

ai sensi dell'art. 9 par. 2 lett. a) del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati personali

(Reg. UE 2016/679)

Il **sottoscritto** (nome e cognome).....nato a
..... il / / codice fiscale..... residente a (Comune, Prov.)
..... via (indirizzo)
.....

per sé
oppure

consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge

in qualità di: esercente responsabilità genitoriale prossimo congiunto familiare convivente o
unito civilmente legale rappresentante fiduciario (L. 219/2017)

del **Sig.re/ra** (nome e cognome).....nato/a a
..... il / / codice fiscale..... residente a
(Comune, Prov.) via (indirizzo)
.....

ACCONSENTE

a) ALLA TRASMISSIONE DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

TRAMITE

EMAIL PEC :

b) ALLA COMUNICAZIONE DELLA PASSWORD DI APERTURA DEL FILE TRAMITE

CELLULARE..... :

oppure, consapevole dell'aumentato rischio di accesso indebito ai dati, tramite stessa EMAIL PEC

DICHIARA

- di aver ricevuto, letto e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali nell'ambito della richiesta di consegna mezzo email o pec della documentazione sanitaria (informative privacy disponibili sul sito internet aziendale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asi-bari>, nell'apposita sezione Privacy);
- di esonerare l'ASL BARI da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, accesso illegittimo, divulgazione di dati, ritardo, mancata ricezione e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, dopo



l'invio della documentazione sanitaria tramite posta elettronica ordinaria e/o certificata.

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**

AVVERTENZE

Allegare copia non autenticata del documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.