ASL Bari
PugliaSalute

CONSENSO ALLA REFERTAZIONE ON-LINE PER CONSULTAZIONE DEI REFERTI E DELLE IMMAGINI RADIOLOGICHE

Sistema Informativo Regionale per la Diagnostica per Immagini (SIRDImm)

Il sottoscritto (nome e cognome)……
nato a …… il …… / …… / ……
codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) ……
via (indirizzo) ……

per sé ☐
oppure
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.

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

DI (nome e cognome)……
nato a …… il …… / …… / ……
codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) ……
via (indirizzo) ……

- **DICHIARA DI AVER RICEVUTO, LETTO E COMPRESO LE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI IN RELAZIONE AL SERVIZIO DI REFERTAZIONE ON-LINE**
- **ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI REFERTAZIONE ON-LINE**

- **COMUNICA LA SEGUENTE EMAIL PER LA RICEZIONE DEL CODICE DI CONTROLLO:**

……@……..……..

Data…… Firma dell'interessato [1] o di chi lo rappresenta [2] ……

In caso di delega, allegare fotocopia di documento di identità fronte/retro, in corso di validità, del delegante e delegato.

Spazio riservato all'Operatore
Consegna CODICE ACCESSO effettuata in data ……
Estremi documento del soggetto delegato……

Firma Operatore:……

[leggi il QR Code per accedere subito all'informativa privacy *on-line*]

Il Titolare del trattamento
ASL BARI

[1] firma dell'interessato maggiorenne, non sottoposto a potestà tutoria, ovvero minore emancipato
[2] firma del legale rappresentante ovvero genitore/tutore/curatore/amministratore di sostegno/etc.