



**Assegnazione Esame a paziente diverso
Modifiche agli esami**

SISTEMI RIS EL.CO.

Il sottoscritto _____
in qualità di titolare dei dati sensibili, ovvero in qualità di _____
per il reparto / servizio di _____
dell'Ospedale / Azienda Sanitaria _____
di _____

RICHIEDE

MODIFICA ANAGRAFICA PAZIENTE	ASSEGNAZIONE ESAME A PAZIENTE DIVERSO	CANCELLAZIONE ESAME	CANCELLAZIONE REFERTO *

* Qualora si tratti di referto firmato digitalmente (FD) la Ditta EL.CO. S.r.l. declina ogni responsabilità medico/legale derivante dalla cancellazione di un atto ufficiale.

	DATI ERRATI	DATI CORRETTI
ID PAZIENTE		
NOME		
COGNOME		
DATA DI NASCITA		
SESSO		
DATA ESAME		
ACCESSION NR.		

Si richiede che le i dati e/o le modifiche richieste vengano comunicate:

al Sig. /Dr. _____

Mezzo TEL al numero _____ oppure via email all'indirizzo _____

Il sottoscritto incaricato della conservazione dei dati sensibili sopra indicati dichiara e garantisce espressamente a El.Co. S.r.l. che sono state adempiute tutte le prescrizioni richieste ai fini del trattamento dei predetti dati a norma del D. Lgs. 196/2003 e, in particolare, ai fini dell'esecuzione della modificazione sopra richiesta.

Dichiara altresì che l'attività sopra descritta sarà svolta da El.Co. S.r.l. in nome e per conto dell'Ospedale/Azienda Sanitaria sopra citata sulla base delle specifiche indicazioni sopra riportate e con il controllo dello scrivente, con conseguente esclusione di qualsivoglia responsabilità, diretta o indiretta, derivante o connessa con l'esecuzione della predetta attività e/o con l'accettazione del presente incarico da parte di El.Co. S.r.l. che ne sarà a tal fine tenuta manlevata ed indenne da parte dell'Ospedale/Azienda Sanitaria.

Data: _____ Firma del richiedente _____