



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

UOC Diagnostica per Immagini
Progetto Teleradiologia

MODULO CONSENSO PER CONTO DELL'INTERESSATO
Ai sensi del comma 1 art.26 e lettera a) comma 1 art.76 d.lgs. 196/2003

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Per conto dell'Interessato _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

in qualità di :

ESERCENTE LA POTESTA' _____

GENITORE _____

FAMILIARE _____ (INDICARE IL GRADO DI PARENTELA) _____

PROSSIMO CONGIUNTO _____

CONVIVENTE _____

RESPONSABILE DELLE STRUTTURA PRESSO CUI DIMORA L'INTERESSATO _____

(indicare la struttura) _____

DICHIARO

di avere recepito l'*Informativa sulla protezione dei dati personali e sensibili* da parte del Servizio di Teleradiologia dell'ASP di Cosenza ed

ESPRIMO CONSENSO

Al trattamento dei dati personali e sensibili dell'Interessato, sia con strumenti cartacei che con mezzi informatici e alla loro trasmissione fra i vari presidi dell'ASP di Cosenza mediante il sistema RIS-PACS, nel rispetto delle norme di sicurezza e di riservatezza descritte nell'Informativa.

AUTORIZZO

l'ASP di Cosenza a consegnare eventualmente i referti delle indagini di radiologia al Medico Di Medicina Generale dell'Interessato

_____ (indicare)

INFORMO

Che le persone di seguito individuate potranno procedere al ritiro della documentazione sanitaria dell'interessato.

1) _____

2) _____

3) _____

Li _____

_____ (firma)