

MODULO CONSEGNA REFERTI/IMMAGINI AUTORIZZAZIONE INVIO REFERTO

Il sottoscritto C.F.

In merito all'esame Codice Refertazione

Eseguito in data

RICHIEDO E AUTORIZZO

- ☐ Ritiro CD dell'esame eseguito in data odierna da consegnare esclusivamente allo Specialista richiedente in assenza di referto correlato. Il referto lo consulterò sul fascicolo sanitario senza richiedere ulteriori invii o lo ritirerò presso lo sportello.
- ☐ Invio immagini all'indirizzo mail* del Centro Convenzionato in assenza di referto correlato. Il referto e le immagini li ritirerò successivamente nei tempi previsti.
- ☐ Ritiro CD e referto presso altra Struttura CRP (.....)
- ☐ Ritiro esclusivamente del referto cartaceo o ne richiedo l'invio via mail* all'indirizzo o al Centro in assenza di immagini che ritirerò successivamente nei tempi previsti.

*La richiesta è effettuata nella consapevolezza dei rischi correlati all'invio di documentazione sanitaria tramite strumenti elettronici, quali la posta elettronica semplice.

Con il presente modulo, il/la sottoscritto/a formula la richiesta sopra indicata ed esprime il proprio consenso (artt. 6.1.a e 9.2.a GDPR) alla consegna della documentazione attraverso i canali indicati, esonerando CRP S.r.l. da qualsiasi responsabilità relativa al trattamento dei dati personali correlata all'invio/consegna della documentazione richiesta con le modalità sopra dettagliate.

CRP S.r.l., in qualità di Titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa già resa in sede di esecuzione dell'esame, precisa che – nella sua qualità di interessato al trattamento dei dati in esame – le sono riconosciuti i diritti di cui al GDPR, tra cui la revoca del consenso precedentemente prestato; tuttavia, si evidenzia che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della stessa.

Firma del Paziente

Data

Firma del Medico Radiologo

Data