Alliance Medical / Priamar Centro Clinico Diagnostico	**CONSENSO PRIVACY** **REFERTAZIONE ON-LINE**	Mod.05.177*bis* Rev.5 Aggiornato il 20/01/2026

COGNOME_____**NOME**_____**CF**_____
N. ESAME_____

Il/La sottoscritto/a _____,
nome e cognome

Da compilare da parte di <u>eventuali</u> legali rappresentanti

_____, in qualità di _____
nome e cognome *es. genitore, tutore[1], ecc.*

di _____,
nome e cognome del paziente

avendo preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali esposta presso il Centro e consultabile tramite il QR Code riportato in intestazione,

ACCONSENTE[2]:

Refertazione on-line	al trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, attraverso i servizi di **<u>refertazione on-line</u>** e chiede l'assegnazione delle credenziali di accesso al **<u>portale esami on-line</u>**:	❒ SI ❒NO

Il/La sottoscritto/a indica di seguito i recapiti[3] su cui desidera ricevere, a titolo esemplificativo, notifiche telematiche relative alla prenotazione, le credenziali per accedere ai portali del Titolare, eventuali copie di referti o altri documenti, questionari facoltativi di valutazione, ecc.:

	_____
	_____@_____
	_____, _____ *es. via, piazza* *n.* _____ (____) - _____ *città* *provincia* *CAP*

Se fornisce al Titolare i recapiti di un terzo (es. familiare, medico curante, badante, ecc.), il/la sottoscritto/a dichiara di accettare i rischi legati alla scelta di questa modalità e di averlo informato ed averne ottenuto l'autorizzazione. I recapiti qui indicati sostituiscono quelli eventualmente precedentemente indicati al Titolare.

_____, lì ___ / ___ / ___ **Firma X**_____

[1] Tutori e amministratori di sostegno devono, altresì, produrre (se non già prodotta) l'*Autocertificazione*, scaricabile utilizzando il QR Code riportato sul presente modulo.
[2] Questo consenso è facoltativo. Il mancato consenso non pregiudica la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste, ma il Titolare non potrà consentirLe di consultare l'esame sul portale esami on-line. Se aderisce ai servizi di refertazione on-line, potrà - di volta in volta, in relazione ai singoli esami -manifestare una volontà contraria, ovvero che gli stessi non siano oggetto del servizio di refertazione on-line precedentemente scelto.
[3] Per modificare i recapiti indicati e/o per revocare questo consenso, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca, scrivere a: DPO@alliancemedical.it.

<u>Se trasmette questo modulo al Titolare per via telematica (es. tramite e-mail),</u>
<u>alleghi copia del documento di riconoscimento, che il Titolare utilizzerà al solo fine di identificarLa (senza conservazione).</u>