

<p>G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio d'Immuno-Ematologia eTrasfusionale</p>	<p>REGISTRAZIONE <b>CONSENSO ALLA TRASMISSIONE DI REFERTI ON-LINE</b></p>	<p>R05.13 Rev. 0 Data 21.01.19</p>
--	---	--

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

In qualità di Diretto interessato,

- presa visione e sottoscritta l'informativa per gli utenti, resa disponibile presso la Sezione Donatori, secondo quanto previsto dal D. Lgs. N.196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101), in merito alla gestione e trattamento dei miei dati personali sanitari e sensibili,
- ricevute le adeguate informazioni sul Portale Donatori Calabria, gestito dal Sistema Gestionale Informativo AssoWeb, afferente alla rete trasfusionale della Regione Calabria,

**AUTORIZZO LA TRASMISSIONE ON-LINE DEI REFERTI RELATIVI AI MIEI ESAMI**

Tale autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento su mia richiesta.

**L'invio tramite e-mail dovrà avvenire al seguente indirizzo:**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Medico/operatore sanitario che ha raccolto il consenso:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_