 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Modulo consenso referti on line (GAI.MO.2865.00).doc pag1/2
---	---------------	--

CONSENSO PER L'ADESIONE AL SERVIZIO REFERTI ON LINE


I/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____ C.F. _____
 _____, e residente a _____
 _____ in via _____
 _____ n. _____,
 E-mail _____ . Tel. _____, dichiara di
 aver letto e compreso la informativa riguardante la Refertazione On Line, ed acconsente al
 trattamento dei propri dati personali, ai fini dell'accesso al servizio di consultazione descritto
 nell'informativa di cui sopra.

Data _____ Firma del dichiarante _____

[Da compilare in caso di soggetti minorenni o interdetti]

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il _____ C.F. _____
 _____ e residente a _____
 _____ in via _____
 _____ n. _____,
 E-mail _____, Tel. _____,
 consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione
 mendace o di esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, così come
 stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, DICHIARA di essere genitore/tutore di
 _____ nato/a a _____
 _____ il _____, per il/la quale

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Martina Cinquegrana S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Eva Colombo Direttore Generale	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.			

 <p>A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli</p>	<p>MODULO</p>	<p>Modulo consenso referti on line (GAI.MO.2865.00).doc pag2/2</p>
--	----------------------	--

effettua le scelte sopraindicate relativamente al/i referto/i risultante/i dall'esame di

_____ eseguito in data

_____ presso le strutture di competenza dell'ASL VCO.

Data _____

Firma del genitore/tutore

(allegare copia di un documento di identità)

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

resa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679



Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli ufficio.protocollo@aslvc.piemonte.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo di posta elettronica dpo@aslvc.piemonte.it. Il titolare tratta i vostri dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso la sede del titolare, e consultabile anche sul sito <https://www.aslvc.piemonte.it/datipersonali> e tramite il QR code raffigurato qui accanto

Firma per presa visione dell'informativa

Stesura:	Verifica:	Autorizzazione:	Emissione:
Dott.ssa Martina Cinquegrana S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali	Dott.ssa Eva Colombo Direttore Generale	Dott.ssa Angela Boccaccio S.C. Gestione Affari Istituzionali
<p>QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, O RIPRODOTTO SENZA AUTORIZZAZIONE.</p>			