

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	Mo_NU_004
TRATTAMENTO DATI – NULLA OSTA INVIO REFERTI ON LINE		

In riferimento agli esami diagnostici eseguiti in data _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Documento identità: ☐ carta identità ☐ patente ☐ passaporto

Numero _____ emesso da _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ:

di volersi avvalere del servizio facoltativo di invio dei **“Referti via e-mail”**
che potranno essere inviati al seguente indirizzo e-mail
 _____@_____

A tal fine **esprime il proprio esplicito e libero consenso al trattamento dei dati personali**, quali dati anagrafici e dati relativi alla salute, al fine di usufruire del servizio medesimo.

N.B.: Si sottolinea che l'utilizzo improprio delle credenziali, necessarie per la consultazione dei referti inviati via email, esonera l'ASL NUORO da ogni responsabilità per eventuali accessi non autorizzati ai dati personali da parte di soggetti terzi.

Luogo e Data: Nuoro li _____

Firma leggibile del Dichiarante/Legale rappresentante: _____