



## MODULO PER LA CONSEGNA DEI REFERTI AI PAZIENTI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

documento n. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'invio tramite posta elettronica dei referti sanitari relativi alla prestazione del Laboratorio Analisi eseguita in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al seguente indirizzo di posta elettronica:

.....

Il sottoscritto/a dichiara:

1. di esonerare il Laboratorio da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto.
2. di esercitare la facoltà di dispensare il Laboratorio dall'osservanza delle cautele previste dal Garante in materia di privacy in relazione al file contenente il referto che deve essere protetto con modalità idonee a impedire
3. l'illecita o fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse da parte di soggetti diversi da quello cui sono destinati, quali password, o chiave crittografata rese note agli interessati tramite canali di comunicazione differenti da quelli utilizzati per la spedizione dei referti.

Roma li,

Firma Paziente:

\_\_\_\_\_