



Azienda Sanitaria Provinciale di
Palermo Via G. Cusmano, 24 - 90141

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INOLTRO VIA E-MAIL
COMUNICAZIONE ESITO TAMPONI RINO-FARINGEI - STATO EMERGENZIALE DA
CORONA VIRUS**

ai sensi dell'art 6 lett A e 7 del RJJL 2016/679

La Sig.ra / Il Sig.

_____ nato/a
_____ il ___/___/___ residente a _____
in Via/Piazza _____ telefono _____

C.F. _____ **E-MAIL** _____

per sè medesimo esercitando la rappresentanza legale
In qualità di (specificare rse genitore, tutore, amministratore di sostegno)

_____ della Sig. / Sig.ra _____ nato/a _____
il ___/___/___
residente a _____ in Via/Piazza _____

ESTREMI DEL DOCUMENTO DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Carta di Identità : Passaporto Altro _____
N° _____ rilasciato da _____

DICHIARA

di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali relativi al servizio di inoltro via e-mail degli esiti dei tamponi rino-faringei, di autorizzare il trattamento dei Suoi dati personali e particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679) 'per finalità di invio dei propri dati medico-sanitari conseguenti alle prestazioni richieste, nell'ambito delle attività connesse con l'emergenza COVID-19, di esonerare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, accesso al documento da parte di un terzo diverso dall'interessato o eventuali violazioni delle norme sulla protezione dei dati da altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta elettronica del referto richiesto.

Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di invio del referto via mail e veni ritenuto valido per la finizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/ revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti ovvero di richiedere T oscuramento, anche parziale, di determinati dati personali.

Palermo / _____ / _____ Firma del Dichiarante