

## MODULO DI RITIRO REFERTI

Il sottoscritto (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

per SÉ

*oppure in qualità di:*

Esercente la responsabilità genitoriale

Tutore

Amministratore di sostegno

Legale rappresentante di minorenne emancipato esercitante la responsabilità genitoriale o rappresentante legale del paziente: (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Letta e compresa l'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 "Il Regolamento o GDPR" e consapevole che:

- il trattamento riguarda anche i **Miei dati Particolari**, e soprattutto, i **Miei dati personali idonei a rivelare il mio stato di salute e la mia vita sessuale**;
- il servizio di consegna dei referti **on line** è in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo allo sportello o all'invio per posta ordinaria della struttura erogatrice della prestazione;
- il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, ai sensi dell'art. 7 del GDPR, in qualsiasi momento;

**Acconsento**

**Non acconsento**

al trattamento dei miei dati personali, anche particolari, al fine di avvalermi del servizio di **refertazione on line** da parte di **Smart Clinic S.p.A.**

---

### Smart Clinic S.p.A.

Sede Legale: Via Senato 12 – 20121 Milano (MI)  
C. F., P.IVA e Reg. Imprese 13184960964 – Numero REA MI-2707520  
Iscr. Registro Imprese di MILANO MONZA BRIANZA LODI  
Capitale Sociale € 1.250.000,00 i.v.  
Pec: [smartclinic@pec.it](mailto:smartclinic@pec.it)

[www.smartclinic.it](http://www.smartclinic.it)

- **Per il ritiro in formato cartaceo presso la sede di:**  

---

oppure

- **Per la ricezione del referto presso la casella di posta elettronica:**

**Richiedo:**

I'invio del referto della visita/prestazione

---

Eseguita il giorno \_\_\_\_\_

**Tramite:**

Posta elettronica all'indirizzo:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(inserire indirizzo di posta elettronica presso cui ricevere il referto, in stampatello e leggibile)

Numero di telefono sul quale ricevere SMS con la password:

---

Consapevole dei rischi connessi ad un invio NON protetto da password e alla maggior vulnerabilità dei Dati ivi contenuti, **CHIEDO** che **Smart Clinic S.p.A.** mi invii comunque il referto privo di password, manlevando lo stesso da ogni responsabilità relativa all'intercettazione dei miei dati da soggetti terzi.

**N.B.:** non è possibile optare per l'invio privo di password per quanto riguarda gli esami istologici che saranno comunque inviati unicamente con mail protetta da password.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

(Firma estesa e leggibile)

---

**Smart Clinic S.p.A.**

Sede Legale: Via Senato 12 – 20121 Milano (MI)  
C. F., P.IVA e Reg. Imprese 13184960964 – Numero REA MI-2707520  
Iscr. Registro Imprese di MILANO MONZA BRIANZA LODI  
Capitale Sociale € 1.250.000,00 i.v.  
Pec: [smartclinic@pec.it](mailto:smartclinic@pec.it)

[www.smartclinic.it](http://www.smartclinic.it)