

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 Care S.r.l.**

Smart Clinic Care S.r.l. – Socio Unico

Sede Legale:
Via Senato 12 – 20121 Milano (MI)
C. F., P.IVA e Reg. Imprese 14144130961 – Numero REA MI-2763637
Iscr. Registro Imprese di MILANO MONZA BRIANZA LODI
Capitale Sociale € 300.000,00 i.v.
Pec: smartclinic.care.srl@pec.it

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:

l'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 Care S.r.l.** 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 Care S.r.l. – Socio Unico

Sede Legale:
Via Senato 12 – 20121 Milano (MI)
C. F., P.IVA e Reg. Imprese 14144130961 – Numero REA MI-2763637
Iscr. Registro Imprese di MILANO MONZA BRIANZA LODI
Capitale Sociale € 300.000,00 i.v.
Pec: smartclinic.care.srl@pec.it

www.smartclinic.it