



AUTORIZZAZIONE ALL'INVIO TRAMITE EMAIL DEL REFERTO DEL "PACCHETTO PRE-MAMAN DI FINE GRAVIDANZA"

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
C.F. _____

Con riferimento ai risultati delle analisi comprese nel pacchetto "**Pacchetto pre-mamman di fine gravidanza**"

con la presente:

AUTORIZZA

La Casa di Cura Santa Famiglia all'invio della suddetta documentazione, in formato elettronico all'indirizzo email di seguito indicato:

tenendo sin da ora libera la Clinica da qualsiasi responsabilità in merito all'invio su un indirizzo email erroneamente scritto, alla perdita della documentazione elettronica e alla lettura della medesima da parte di persone non autorizzate dalla paziente

Roma, _____

In fede _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003.

Si informa che il trattamento dei dati personali, informa che i dati personali conferiti con la presente richiesta saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse all'attività concernente il servizio richiesto. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è obbligatorio. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

presto il consenso nego il consenso

Roma, _____

Firma (leggibile) _____