

## RICHIESTA TRASMISSIONE REFERTO PER POSTA ELETTRONICA o PEC

(procedura da utilizzarsi solo in caso di emergenza)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

[allegare un documento di identità valido]

in qualità di interessato

in qualità di legale rappresentante

[compilare solo nel caso in cui sia selezionata la casella "legale rappresentante"]<sup>1</sup>

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

### CHIEDO

La trasmissione a mezzo posta elettronica del referto relativo alla prestazione di

.....  
eseguita in data ..... data prevista per il ritiro (vedi modulo rilasciato al momento dell'accettazione) .....

al seguente indirizzo email/pec: .....

**\*\*\* in caso di refertazione prodotta su supporto digitale e/o altro supporto immagini, l'invio avverrà mediante raccomandata all'indirizzo sopra indicato**

A tal fine,

**ACCONSENTO**

**NON ACCONSENTO**

al trattamento dei miei dati personali per la suddetta finalità e come meglio descritto nell'Informativa allegata al presente modulo.

### DICHIARO

- l'urgenza indifferibile collegata alla conoscenza dell'esito riportato nel referto
- di essere consapevole delle modalità e dei rischi derivanti dall'invio di tale documentazione tramite posta elettronica o pec
- di autorizzare, nonostante le indicazioni ricevute, l'invio del referto, utilizzando il suddetto mezzo posta elettronica o pec
- di manlevare e tenere indenne la struttura sanitaria da ogni responsabilità connessa direttamente o indirettamente alla modalità trasmissione da me richieste

Data e Luogo \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In caso di legale rappresentante è richiesta oltre alla sua firma:

- Se Genitore titolare della responsabilità genitoriale (documento di riconoscimento del genitore; copia documento di riconoscimento del minore; dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà attestante la rappresentanza genitoriale)
- Se Tutore, Amministratore di sostegno, Curatore (copia della sentenza attestante lo stato di interdizione o di inabilitazione e copia/estratto della nomina; documento di riconoscimento del paziente interdetto, inabilitato o soggetto ad amministrazione di sostegno (anche in copia), documento di riconoscimento del tutore, del curatore, o dell'amministratore di sostegno. In mancanza, può essere consegnata anche dichiarazione sostitutiva di certificazione o di atto di notorietà attestante la qualità di Tutore, Amministratore di sostegno, Curatore

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DATI

Gentile Signora/Egregio Signore,

la presente informativa Le viene resa, ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ed in relazione alle attività di trattamento che interesseranno i Suoi dati personali.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza.

### 1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Per le attività di trattamento considerate nella sezione 2 della presente Informativa, Titolare del trattamento è all'Istituto Clinico Mater Domini S.p.A con sede legale in Castellanza (VA), Via Gerenzano n. 2, nella persona del suo legale rappresentante pro tempore.

### 2. FINALITA' E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I Suoi dati personali, e tra questi anche dati "sensibili" rientranti tra le categorie individuate all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, quali i dati inerenti al Suo stato di salute, saranno trattati per la finalità di invio, a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata, del referto relativo alle prestazioni eseguita.

Per le suddette operazioni di trattamento è richiesto il Suo espresso consenso. Il conferimento è necessario per consentirci la trasmissione del referto da Lei richiesto. In ogni caso, potrà revocare il consenso prestato in qualunque momento, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento già avvenuto. Per tale revoca può scaricare l'apposito modulo in Internet all'indirizzo <https://www.materdomini.it/privacy/> o scrivere a [dataprotectionofficer@humanitas.it](mailto:dataprotectionofficer@humanitas.it).

### 3. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati relativi ai Suoi recapiti di contatto e l'annessa anagrafica saranno conservati per il tempo di esecuzione del servizio richiesto per le quali Lei ha espresso specifico consenso.

### 4. DESTINATARI E AMBITI DI COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei dati, svolto sia con supporti cartacei sia con strumenti informatici, avviene da parte del personale di Mater Domini, appositamente istruito, nel rispetto dei ruoli a ciascun soggetto attribuito, per il solo tempo necessario, ed in ossequio ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, previsti ai sensi di legge.

### 5. DIRITTI DELL'INTERESSATO, MODALITÀ DI ESERCIZIO E CONTATTI DEL DATA PROTECTION OFFICER (DPO)

In riferimento ai dati personali trattati Lei potrà conoscere in qualunque momento i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, far valere i diritti a Lei riconosciuti dall'art. 15 e segg. del Regolamento UE 2016/679 (diritto di accesso ai dati, di rettifica o cancellazione degli stessi, diritto di limitazione del trattamento o di opposizione allo stesso, diritto alla portabilità dei dati), scrivendo al **Data Protection Officer (DPO)**, Via Manzoni 113, 20089 Rozzano (Milano), mail: [dataprotectionofficer@humanitas.it](mailto:dataprotectionofficer@humanitas.it).

Per qualsiasi ulteriore attività inerente alla protezione dei dati potrà sempre fare riferimento al DPO.

Qualora ravvisi una violazione di legge nel trattamento dei Suoi dati personali può proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali. Resta comunque salva la possibilità di esperire ricorso davanti all'Autorità giudiziaria competente.