ASLMediocampidano
Azienda socio-sanitaria locale

Ospedale
N. S. di Bonaria
San Gavino Monreale

SSD
Gastroenterologia ed Endoscopia
Digestiva

MODULO RICHIESTA INVIO REFERTO ONLINE

Il/la sottoscritto/a_____ Nato/a a _____

Il_____ residente a _____in Via_____

C.F. _____ con documento_____

N° _____ Rilasciato il _____ da_____

CHIEDE LA SPEDIZIONE TRAMITE EMAIL DEL REFERTO ISTOLOGICO RELATIVO ALL'ESAME ENDOSCOPICO EFFETTUATO IN DATA _____

Da inviare all'email: _____

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

- Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di esonerare da ogni responsabilità la ASL 6 in caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni della disciplina in materia di privacy e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio del referto richiesto tramite email;
- Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la ricezione tramite mail non costituisce e non può sostituire in alcun modo il consulto medico.
- Il/la sottoscritto/a dichiara altresì di dare il proprio consenso a che il medico possa rifiutare l'invio via mail qualora si presentasse la necessità di consulto medico diretto.
- Il/la sottoscritto/a fornisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali contenuti nella presente istanza unicamente ed esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa viene presentata e per le finalità strettamente connesse alla medesima.

San Gavino M.le _____

_____

Firma del richiedente