



**CONSENSO INFORMATO ALLA TRASMISSIONE  
INFORMATICA DELLE IMMAGINI**

Rev.0.0  
20/01/2021  
Pagina 1 di 1

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

*In caso di minore indicare le generalità del secondo genitore*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- (1) in qualità di paziente
- (2) in qualità di esercente/i la potestà sul minore .....
- (3) in qualità di tutore/amministratore del paziente.....

**Informato/a** dal Dott. \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

- Della necessità di inviare per via telematica, in altra sede, per essere interpretate, le immagini relative all'indagine diagnostica e i dati clinici e anagrafici ad essa correlate;
- Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato;
- Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 del D.Lgs 196/2003 e smi** concernenti la "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali".

**ACCONSENTO**                       **NON ACCONSENTO**

- **Alla trasmissione delle immagini ad un altro ospedale al fine della tutela della propria salute**
- **Al trattamento informatico dei dati sensibili (Regolamento UE 2016/679, DL.vo 196/2003 e smi)**

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

Presenza di interprete:  no

si (nome, cognome) \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Firma del paziente/1° Genitore/Rappresentante** \_\_\_\_\_

**Firma del 2° Genitore** \_\_\_\_\_