

AII. 5

**UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**  
**Direttore Dott. Stefano Canitano**

**Consenso Informato per l'esecuzione dell'indagine e per la sua trasmissione  
in telegestione e delega**

Io sottoscritto/a sig/sig.ra \_\_\_\_\_  
(tutore del sig/sig.ra \_\_\_\_\_)  
(delegato dal sig/sig.ra \_\_\_\_\_)  
(esercitante la potestà genitoriale del minore \_\_\_\_\_)

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Informato/a dal Medico Radiologo Dott. \_\_\_\_\_ (contattato da remoto) sulla condizione clinica che ha determinato la richiesta, sul tipo, sull'indicazione, le eventuali alternative e le conseguenze derivanti dalla non esecuzione dell'esame

[ ] Acconsento [ ] Non Acconsento all'esecuzione dell'indagine di radiologia domiciliare \_\_\_\_\_.

Esprimo altresì il consenso al trasferimento informatico delle immagini radiologiche relative all'indagine diagnostica sostenuta e dei dati clinici ed anagrafici ad essa correlati.

Delego il ritiro del referto e documentazione iconografica al sig./ra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, identificato con documento n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del paziente e/o del  
tutore/delegato/esercitante potestà genitoriale

Firma dell'operatore presente

Dichiaro infine di essere stato informato sulle modalità di **Trattamento dei dati personali**:

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso le informazioni che gli/le sono state conferite dall'Asl di Rieti, titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/679/UE per ciò che attiene al processo di cura e ai correlati adempimenti amministrativi e di essere consapevole che i diritti che gli sono riconosciuti ex artt. 15 e ss. di tale norma possono essere esercitati scrivendo a [dpo@asl.rieti.it](mailto:dpo@asl.rieti.it)

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA PERSONA CHE ACCETTA/RIFIUTA IL TRATTAMENTO O  
DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE \_\_\_\_\_