

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

DATA

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