

AII. 6

UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – Direttore Dott. Stefano Canitano  
UOS Diagnostica per Immagini di Area Territoriale – Responsabile Dott. Tommaso Cosentini

**DICHIARAZIONE DI “STATO DI NON GRAVIDANZA” ED ACCETTAZIONE ALL’ESECUZIONE  
DELL’ESAME DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

La Sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

- Dichiaro sotto la propria responsabilità di non essere in stato di gravidanza certo o presunta ed autorizzo l'esecuzione dell'esame di Diagnostica per Immagini proposto consistente in

\_\_\_\_\_

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

Firma del paziente \_\_\_\_\_

- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy ex art.13 e do il mio consenso ed autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.23 legge 196/2003.

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

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma leggibile del Medico \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_