

CONSENSO INFORMATO PER L'ACCESSO AI DATI PERSONALI

Con la presente autorizzo medneo a inoltrare alle persone e gruppi di persone indicati nel campo "Dati del destinatario" i miei dati personali e medici riguardanti la mia salute (inclusi referti preliminari e dati di immagini) che medneo ha rilevato, ove ciò risulti necessario per scopi diagnostici e terapeutici. A tale scopo sciolgo i medici e gli assistenti, nella misura necessaria, dall'obbligo del segreto (medico). Esprimo inoltre il mio consenso all'archiviazione dei dati rilevati da medneo. Le dichiarazioni da me sopra fornite sono state rilasciate di mia spontanea volontà. Sono a conoscenza di poter revocare nei confronti di medneo la presente dichiarazione di consenso e l'esonero dall'obbligo di segretezza in qualsiasi momento in forma scritta e avente effetto futuro

DATI DEL PAZIENTE	
_____	_____
Cognome, nome	Data di nascita

Si prega di compilare **integralmente** indicando il nome della struttura, l'indirizzo e il numero di fax, altrimenti non potrà essere effettuato l'inoltro.

DATI DEL DESTINATARIO	

Cognome, nome del medico / nome dello studio medico o della struttura sanitaria	
_____	_____
Via, n° civico	CAP, Luogo

Numero di fax	

opzionale: indirizzo e-mail	

_____	_____
Luogo, data	Firma del paziente*

* Per il paziente può firmare un accompagnatore autorizzato alla firma, ad esempio la persona affidataria,**, il tutore legale o il delegato.

** Se firma solo un affidatario (ad es. un genitore), con la sua firma dichiara che è l'unica persona ad avere il diritto di affidamento oppure che agisce in accordo con l'altra parte con cui esercita l'affidamento congiunto.