

**Consenso al servizio di medicina legale**  
**Trasmissione a mezzo posta elettronica dell'autorizzazione all'astensione lavorativa**  
**nel caso di**  
**gravi complicanze della gravidanza o di preesistenti forme morbose che possono**  
**aggravarsi in gravidanza**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Per sé

oppure

In qualità di tutore , amministratore di sostegno, esercente la potestà genitoriale, legale rappresentante di

Nome e cognome \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

- preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali per l'erogazione e la gestione delle prestazioni sanitarie ai sensi degli articoli 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679, pubblicate sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, sezione Trattamento dei dati personali – Informazioni;
- consapevole che il servizio di consegna *on line* dei referti richiede l'espressione del consenso;
- consapevole che il consenso riguarda il trattamento di dati particolari (idonei a rivelare lo stato di salute) relativamente alle modalità digitali di consegna del referto;
- consapevole che il consenso, una volta prestato, può essere revocato in qualsiasi momento;

**DICHIARA**

**DI PRESTARE IL CONSENSO**

**DI NON PRESTARE IL CONSENSO**

**alla trasmissione a mezzo posta elettronica dell'autorizzazione stessa**

A tal fine, formulo espressa e consapevole richiesta affinché il referto venga inviato al seguente indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_, sotto forma di allegato, senza necessità che lo stesso venga protetto da *password*, esonerando, pertanto, l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale in merito a possibili comunicazioni e diffusione dello stesso a soggetti terzi.

Allego documento di identità.

**Luogo e data**

**Firma leggibile**