MODALITA' DI INVIO REFERTO

Io sottoscritto

(a cura dell'istituto)
apporre l'etichetta con i dati del paziente

Nel caso di minore indicare il nome e cognome del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

Nel caso di incapace di intendere e di volere indicare il nome e cognome del legale rappresentante

_____
(allegare i documenti che certificano il ruolo di tutore/legale rappresentante)

AVVISO DI REFERTO PRONTO

Autorizzo la saniRad ad inviare alla casella di posta elettronica di seguito indicata l'avviso di referto pronto.

Indicare di seguito l'indirizzo di posta elettronica IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Data _____Firma per consenso _____

1) POSTA ORDINARIA

Autorizzo la saniRad all'invio del solo referto/certificato dell'indagine eseguita in data odierna in posta ordinaria (posta prioritaria) all'indirizzo di seguito riportato (se diverso da quello presente in etichetta) consapevole che la responsabilità del recapito è da attribuire al vettore (Poste Italiane).

Il sottoscritto inoltre, ai sensi del Dlgs 196/03, che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito dei suddetti referti clinici avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, convivente, portiere dello stabile, ecc.)

INDIRIZZO_____n._____

COMUNE_____CAP _____

Data _____Firma per consenso alla spedizione _____

2) PUBBLICAZIONE DEL REFERTO SUL PORTALE REFERTI ON-LINE DEL SITO INTERNET DI SANIRAD

Autorizzo la saniRad alla pubblicazione del referto/certificato dell'indagine eseguita in data odierna sul portale referti on-line accessibile dal sito internet www.sanirad.it.

Per scaricare il referto utilizzerò le credenziali di accesso riportate sul modulo ROL consegnatomi in allegato alla presente.

Autorizzo la saniRad ad inviare alla casella di posta elettronica di seguito indicata l'avviso di referto pronto.

Indicare di seguito l'indirizzo di posta elettronica IN STAMPATELLO LEGGIBILE

1) il consenso da me espresso è valido solo per l'indagine eseguita in data odierna e deve essere riconfermato per le indagini successive.

2) **qualora il referto che scaricherò dal portale sia firmato digitalmente <u>non riceverò in posta ordinaria alcun tipo di documento</u>.** Il referto firmato digitalmente è un documento originale a tutti gli effetti.
3) **qualora il referto che scaricherò dal portale riporti la dicitura "documento informatico senza valore medico-legale" <u>riceverò in posta ordinaria (all'indirizzo comunicato al momento dell'accettazione) il referto originale firmato dal clinico</u>.** In questo caso il servizio non ha lo scopo di sostituire il referto cartaceo bensì di anticiparlo, fornendone un'anteprima.
4) è importante che io alleghi il referto all'iconografia dell'indagine eseguita (su formato cd) per esibirlo in caso di accertamenti successivi.

Data _____Firma per consenso alla pubblicazione sul portale _____

3) ACCESSO AL REFERTO DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

Autorizzo la saniRad <u>all'invio/consegna del referto/certificato/iconografia</u> dell'indagine eseguita in data odierna a:

a) Medico Curante / Medico Prescrivente_____
b) Associazione Sportiva (delegati) _____
c) Compagnie di Assicurazione (delegati)_____
d) Datore di Lavoro_____
e) Altro_____

Il solo referto/certificato dell'indagine eseguita in data odierna verrà inviato <u>in posta elettronica all'indirizzo che di seguito indicherò</u> o all'indirizzo messo a disposizione alla saniRad dal soggetto terzo consapevole che:

1) il consenso da me espresso è valido solo per l'indagine eseguita in data odierna e deve essere riconfermato per le indagini successive.
2) <u>il referto verrà inviato alla casella di posta elettronica da me indicata senza alcuna forma di criptatura bensì in formato Acrobat PDF protetto da password</u> univoca che mi verrà fornita al momento del consenso all'invio e che provvederò io stesso a riferire al mio medico referente.
3) **L'invio del referto al soggetto terzo non sostituisce l'invio ai miei recapiti.**

Indicare di seguito l'indirizzo di posta elettronica del medico referente IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Data _____Firma per consenso all'invio/ritiro _____