



Consenso attivazione servizio REFERTI-WEB

CONSENSO ALL'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO REFERTI WEB

Il sottoscritto

cognome	<input type="text"/>
nome	<input type="text"/>
nato il	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a <input type="text"/>
codice fiscale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

fa richiesta di attivazione del servizio “**Referti-Web**” come disciplinato in “INFORMATIVA e REGOLAMENTO REFERTI-WEB” affisso allo sportello e pubblicato all’indirizzo <https://referti.galliera.it> per la consultazione on-line dei propri referti.

I recapiti sui quali desidero ricevere le credenziali di accesso sono:

email	<input type="text"/>
cellulare	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Lette e comprese le informazioni che precedono:

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali, anche relativi alla salute, attraverso le suddette modalità di consegna per tutti i referti disponibili.

Data / /

Firma*

*In caso di minore è richiesta la firma del genitore e titolare della responsabilità genitoriale.

