

## DELEGA PER RITIRO E AUTORIZZAZIONE PER L'INVIO DEI REFERTI AMBULATORIALI

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Documentazione: Referto dell'esame diagnostico eseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso:

Radiologia  Radiologia senologica  Medicina Nucleare **Padova**

Medicina Nucleare **Castelfranco Veneto**  Endoscopia

### QUADRO A

**DELEGO al ritiro** della suddetta documentazione che mi riguarda

IL/LA SIGNOR / A \_\_\_\_\_

NATO/A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_

*(dell'incaricato al ritiro)*

**In tal caso, presentarsi allo sportello muniti di:**

1. documento d'identità in corso di validità del **delegato (incaricato)**
2. fotocopia del documento d'identità in corso di validità del **delegante** (intestatario della documentazione sanitaria) firmato

### QUADRO B- AUTORIZZAZIONE INVIO AD UNA PERSONA

**AUTORIZZO l'invio** della suddetta documentazione che mi riguarda

AL SEGUENTE RECAPITO:

A \_\_\_\_\_

*(nome e cognome della persona che riceverà la raccomandata A/R)*

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:

\_\_\_\_\_

*(indicare la persona a cui è intestata la mail)*

**QUADRO C-AUTORIZZAZIONE INVIO A UN ENTE (RSA, Casa di Cura, Comunità, AULSS...)**

**AUTORIZZO l'invio** della suddetta documentazione che mi riguarda

AL SEGUENTE RECAPITO:

A \_\_\_\_\_  
(denominazione dell'Ente [ad esempio, Casa di Cura, RSA, AULSS, Comunità, etc...])

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL

\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INTERESSATO  
(intestatario della documentazione sanitaria)

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016**

L'Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, informa che tratta i dati personali per i fini correlati alla gestione della richiesta di delega per il ritiro di referti ambulatoriali e autorizzazione all'invio dei referti stessi.

I dati possono essere di natura comune (es. identificativi, di contatto, relativi all'immagine, ecc.) e/o di natura particolare (es. dati relativi alla salute)

Queste informazioni possono essere raccolte presso il soggetto a cui le stesse si riferiscono (di seguito "Interessato") e/o presso soggetti terzi.

Al ricorrere dei rispettivi presupposti, l'Interessato gode dei seguenti diritti: accesso ai propri dati personali, rettifica/aggiornamento e cancellazione degli stessi, limitazione del trattamento e opposizione al trattamento.

L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile al seguente indirizzo: [www.ioveneto.it/privacy](http://www.ioveneto.it/privacy)

L'Interessato può contattare il Titolare scrivendo a [privacy@iov.veneto.it](mailto:privacy@iov.veneto.it) e il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) al seguente indirizzo: [rp@iov.veneto.it](mailto:rp@iov.veneto.it).

**Spazio riservato all'ufficio**

Verificato documento di riconoscimento del delegato \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_