

CONSENSO

REFERTAZIONE ON-LINE

Il sottoscritto	
C.F.	
E-mail	
Cell.	

Nel caso in cui l'interessato sia un minore o interdetto

Il sottoscritto				
C.F.				
In qualità di	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore	<input type="checkbox"/> Ammin. di sostegno
Di:				
C.F.				

- Do il consenso alla possibilità della pubblicazione sul sito web aziendale dei referti medico-sanitari e delle immagini radiografiche conseguenti alle prestazioni da me richieste secondo le modalità indicate nella specifica informativa.