

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____, il _____
Residente a _____, in via _____
n. telefono _____ E-mail _____
In qualità di _____ (genitore, tutore, amministratore di
sostegno) del paziente _____
nato a _____, il _____

E

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____, il _____
Residente a _____, in via _____
n. telefono _____ E-mail _____
In qualità di _____ (genitore, tutore, amministratore di
sostegno) del paziente _____ nato
a _____, il _____

DICHIARANO

Di essere a conoscenza degli esami medici cui verrà sottoposto il paziente, presso la struttura e di essere impossibilitati ad accompagnarlo,

DELEGANO

Il signor/ la signora _____,
nato/a a _____, il _____
residente a _____, in via _____

ad accompagnare il paziente, firmare la documentazione necessaria per l'accettazione, acquisire informazioni dal personale della struttura sulla salute del paziente e ritirare l'esito degli esami.

ATTENZIONE

- **Esibire copia del documento di identità del delegante e documento del delegato.**
- **False dichiarazioni, falsità negli atti e uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000 T.U. sulla documentazione amministrativa).**

_____, lì ___/___/___ **FIRMA DELEGANTE** _____

Informativa privacy

Ai sensi dell'art. 13 Reg 679/2016, i dati sono trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal GDPR 679/2016, con mezzi informatici e/o cartacei, dal personale interno, debitamente autorizzato ed eventualmente da pubblici ufficiali in caso di reato. Il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di accertamento dell'identità del delegato e del delegante per la consegna del referto, in caso di rifiuto di esibizione dei dati richiesti, il servizio non potrà essere erogato. I dati trattati non sono diffusi o comunicati all'esterno e sono conservati per 6 mesi dalla consegna del referto. L'interessato gode dei diritti a tutela della propria privacy, tra cui il diritto d'accesso di rettifica, aggiornamento, completamento, cancellazione dei dati erronei, incompleti, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi.

L'interessato potrà far valere i propri diritti rivolgendosi direttamente a:

- Titolare del trattamento: **Ambulatorio Radiologico Dott. Foco di Maria Teresa Foco srl**, Via Edilio Raggio, 87 - 15067 Novi Ligure (AL), contatti: Tel. 0143.2564, Fax 0143.745877, E-mail info@studiofoco.it
- Responsabile Protezione Dati: **Certim srl** Corso Italia 70, 41058 Vignola (MO), contatti: Tel. 059.767693, Fax 059.767694, E-mail privacy@certim.it

L'interessato ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito ufficiale dell'Autorità: www.garanteprivacy.it