



Azienda Sanitaria Locale Pescara

Sede Legale: Via Renato Paolini, 45
65124 Pescava. P. I VA 01397530982

U.O.C. Servizio per le Dipendenze

Direttore: Dr. Gerardo Guarino

**Richiesta di consegna a mani o di invio del referto degli esami
(clinici/strumentali/di laboratorio)**

**a mezzo servizio postale, a mezzo servizio di posta elettronica o consultazione on-line
dei referti tramite servizi Web accessibili da Internet**

Il/La
sottoscritto/a.....

abitante in Via n°.....

CAP Città.....

chiede che i referti relativi alla prestazione:

.....

effettuata dallo/a scrivente in data /..... /.....

siano recapitati attraverso una delle seguenti modalità (barrare la modalità di ricevimento prescelta):

- consegna a mani
- consegna tramite servizio di POSTA RACCOMANDATA a/r (costo a carico dell'utente) al seguente indirizzo:

Via..... n°.....

CAP Città.....

- consegna tramite servizio di POSTA ELETTRONICA al seguente indirizzo:
.....
- consegna tramite consultazione *on-line* dei referti tramite servizi Web accessibili da Internet.

Per eventuali comunicazioni contattare il sottoscritto al seguente recapito telefonico

.....



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per finalità di diagnosi, cura, amministrative, di tutela socio assistenziale sanitaria e motivi di interesse pubblico rilevante, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

Data

Firma anche per presa visione della normativa estesa

N.B.:

Al modulo di richiesta vanno allegati: la copia dell'avvenuto pagamento del ticket, qualora dovuto; copia del documento di riconoscimento; tessera sanitaria



Regione Abruzzo

Azienda Sanitaria Locale Pescara

Sede Legale: Via Renato Paolini, 45
65124 Pescara. P. I VA 01397530982

U.O.C. Servizio per le Dipendenze

Direttore: Dr. Gerardo Guarino

Delega per il ritiro del referto

Il/la sottoscritto/a _____ (delegante)

nato/a a _____, il _____

residente a _____ in Via/Piazza _____

DELEGA

Il Sig./Sig.ra _____ (delegato)

al ritiro del referto degli esami (clinici/strumentali/di laboratorio) relativi alla prestazione:

.....
da me effettuata, in data _____ presso:

- Ospedali di _____ Unità Operativa/Ambulatorio _____
- Distretto _____ Unità Operativa/Ambulatorio _____

Data _____



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a ufficioprivacy@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per finalità di diagnosi, cura, amministrative, di tutela socio assistenziale sanitaria e motivi di interesse pubblico rilevante, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL, consultabile anche sul sito asl.pe.it/dati-personali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

FIRMA DEL DELEGANTE

FIRMA DEL DELEGATO
(anche per presa visione dell'informativa estesa)

NB: Per ritirare il referto, il delegato deve esibire un proprio documento di riconoscimento e quello (in originale o in copia) del delegante. Entrambi in corso di validità.

Regolamento (UE)~2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, si informa che i dati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Estremi del documento di riconoscimento:

carta di identità ()

patente ()

passaporto ()

Numero _____

Rilasciato da: _____ il _____