



MEDnoTE

MEDknowledge and TEchnology s.r.l.

COMPILAZIONE A CURA DEL PAZIENTE

Consenso al trattamento dei dati personali e dei dati genetici secondo l'art. 7 del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (GDPR) e successive modifiche, integrazioni e norme italiane di attuazione

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME E NOME												SESSO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
NATO/A	a					IL	(gg/mm/aaaa)							
CODICE FISCALE														
TELEFONO CELLULARE														
INDIRIZZO E-MAIL														

dopo attenta lettura dell'informativa fornitami

ACCONSENTO

al trattamento dei miei dati personali e genetici, ai fini e secondo le modalità dichiarate nella nota informativa, di cui ho ricevuto copia, da parte di MEDnoTE s.r.l.

DICHIARO DI

- volere NON volere essere informato circa i risultati dell'analisi
- volere NON volere rendere partecipi i miei familiari circa i risultati dell'analisi
(restrizioni/commenti:)
- volere NON volere che copia del referto sia inviata al mio medico di famiglia

NOME MEDICO DI FAMIGLIA

AUTORIZZO

MEDnoTE s.r.l. all'invio del referto al Medico Specialista Dott./Dott.ssa:

NOME MEDICO SPECIALISTA

che mi ha prescritto l'esame:

NOME ESAME PRESCRITTO

Sono quindi consapevole che il risultato dell'esame mi sarà comunicato dal Medico Specialista.

Luogo e data

Firma Paziente

MODELLO PR-01

SEGUE COMPILAZIONE SUL RETRO



MEDNOTE

MEDknowledge and TEchnology s.r.l.

DICHIARO INOLTRE SPECIFICAMENTE DI

- volere NON volere che il DNA o RNA o tessuto o cellule estratto/e dal campione biologico prelevato (sangue o tessuto sano o tessuto tumorale o cellule) vengano conservati ed utilizzati -così come i referti risultanti-, in forma anonimizzata, per studi e ricerche finalizzate alla tutela della collettività in campo medico, biomedico ed epidemiologico, anche se qui non espressamente indicate ed anche tramite la trasmissione dei dati in paesi extra-UE
- volere NON volere essere informato di eventuali nuovi risultati o possibilità diagnostiche derivanti dai suddetti studi o ricerche

Luogo e data

Firma Paziente

DICHIARAZIONE PER LA FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI

ACCETTO **NON ACCETTO**

che i dati contabili di questa fattura siano trasmessi alla AGENZIA DELLE ENTRATE ai fini della elaborazione del 730 precompilato, ai sensi del D.Lgs. 175/2014.

Luogo e data

Firma Paziente

MODELLO PR-01