



## MODULO RILASCIO CREDENZIALI DI ACCESSO PORTALE IMMAGINI ON LINE

Gentile utente,

per tutelare la riservatezza dei Suoi dati personali, le Credenziali di Accesso al portale *on line* relative all'esame da Lei effettuato Le verranno consegnate solo previa esibizione di un Suo documento di riconoscimento.

Qualora Lei fosse impossibilitato a richiederle personalmente, potrà delegare un'altra persona utilizzando questo stesso modulo.

Delegato     Esercente potestà genitoriale     Tutore/Curatore/Amm. di sostegno

chiede il rilascio delle credenziali di accesso al portale per la consultazione delle immagini e del referto dell'esame effettuato il ...../...../...../

**(compilare in caso di paziente diverso dal richiedente)**

per il paziente: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato a /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**(compilare solo in caso di genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno)**

A tal fine il/la sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a /a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara di avere la potestà genitoriale, la tutela legale, la curatela, ovvero l'amministrazione di sostegno del paziente sopraindicato.

Milano, (data) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Delega per il rilascio delle credenziali di accesso al portale *on line* per soggetti diversi dal titolare:

- Nome e Cognome del delegante \_\_\_\_\_
  - Nr. Documento identità del delegante \_\_\_\_\_ (presentare copia documento)
  - Nome e cognome del delegato \_\_\_\_\_
  - Nr. Documento identità del delegato \_\_\_\_\_ (presentare copia documento)
- Firma delegante \_\_\_\_\_ Firma delegato \_\_\_\_\_

**Per i minori:** in caso di persona diversa dal genitore sarà necessaria una delega sottoscritta da entrambi i genitori con copia dei documenti di identità dei deleganti e del documento di identità del delegato.

**il/la Sig** \_\_\_\_\_

in qualità di.....

Nr. Documento identità.....

Firma.....

**il/la Sig** \_\_\_\_\_

in qualità di.....

Nr. Documento identità.....

Firma.....

Tutti i dati personali comunicati al ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Pini\_CTO saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste nel Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avverrà con strumenti e supporti cartacei e informatici. Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASST Pini-CTO. L'informativa completa è reperibile presso gli uffici aziendali ed è consultabile sul sito web aziendale all'indirizzo [www.asst-pini-cto.it](http://www.asst-pini-cto.it). Gli aventi diritto possono esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16,17 18,20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. Il Responsabile della Protezione dei dati DPO individuato dall'Azienda è il seguente:

LTA Srl	14243311009	viale della Conciliazione, 10	00186	Roma	Recupero Luigi
---------	-------------	-------------------------------	-------	------	----------------