## LABORATORIO ANALISI CLINICHE DR. C. GUGLIELMINO E DR. S. PEDALINO s.c.a.r.l.



## MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Ogg1		
Il/la sottoscritto/a		
nato/a a	Pro	v il
residente in	Pro	v CAP
Via	_ Codice Fisca	le
documento	di guida 🏻 🗈 🗈	<b>V</b> °
rilasciato da 🔾 comune 🔾 questura 🔾 prefettura di		il
la cui fotocopia si allega al presente documento		
Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non ver 445/2000, sotto la propria responsabilità, DICHIARA di esercitare la minore Codice Fisca dichiara di aver letto e compreso l'Informativa esposta nella sala di attesa e titolare/responsabile e/o dall'incaricato al trattamento:	responsabilità le	genitoriale nei confronti del inoltre,
Firma		
Medico ACCONSENTO NON ACCON Alla comunicazione dei risultati sanitari al Medico:	SENTO	
Firma		
Ospedale/centro Esterno ACCONSENTO NON ACCO Alla comunicazione per esami specialistici a:		
Firma		
Invio e-mail  Acconsento  Non Acconsento  All'invio del REFERTO, crittografato, all'indirizzo:  aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione	formale.	impegnandomi ad
Firma		
Consapevole del rischio, ACCONSENTO NON ACCONSENTO All'invio del REFERTO, non crittografato, all'indirizzo: aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione		impegnandomi ad
Firma		
Notifiche SMS  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO  all'invio di SMS PROMEMORIA e/o di SERVIZIO al numero  aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione	formale.	impegnandomi ad
Firma		

**N.B.** La struttura non si assume alcuna responsabilità in caso di mancata ricezione del PROMEMORIA e/o della comunicazione di SERVIZIO, a seguito di un omesso aggiornamento dell'indirizzo di posta elettronica e/o del numero di cellulare.