

Modulo di Richiesta Consulto e Consenso Informato

Dati Anagrafici del Paziente: _____

Medico Curante (facoltativo): _____

Elenco Materiale Inviato (n. vetrini, blocchetti): _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI SANITARI (GDPR art. 9.2.a):

Autorizzo l'Associazione e i Patologi incaricati a trattare i miei dati sanitari e ad esaminare il materiale biologico inviato, ai fini di una seconda opinione diagnostica. Sono informato/a del mio diritto alla restituzione dei materiali e alla consegna del referto in originale.

Data: _____

Firma del Paziente
