



DELEGA PERMANENTE AL RITIRO DEI REFERTI

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

C.F. _____

Residente a _____ CA P _____ Prov. _____

DELEGA

Il Sig./Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___ / ___ / _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

al ritiro dei propri referti conseguenti a visite e accertamenti diagnostici presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese.

La presente delega ha validità permanente fino a comunicazione scritta di revoca all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Sarà cura del delegante provvedere a ritirare l'originale della delega rilasciata al delegato.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che il delegato dovrà essere persona maggiorenne e dovrà esibire al momento del ritiro un proprio documento di identità in corso di validità.

Con la sottoscrizione del presente documento, anche ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 ("RGPD") relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali:

a) La/Il delegante riconosce che l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese è già in possesso dei dati indicati nel presente modulo e di esser già stata/stato edotta/adotto dall'Azienda ospedaliero-universitaria Senese circa le finalità e le modalità di trattamento dei dati e che l'eventuale comunicazione da parte della/del delegante di dati aggiornati costituisce esercizio del diritto ex art. 16 GDPR di rettifica e integrazione dei dati già trattati dall'Azienda ospedaliero-universitaria Senese in qualità di Titolare del trattamento;

b) La/il delegante autorizza l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese a trasmettere, comunicare o rendere comunque disponibili al Delegato come individuato nel presente modulo tutti i dati personali e le informazioni necessarie al fine di adempiere alla delega ricevuta;

c) La/il delegata/o, qualora non operi per finalità esclusivamente personali ai sensi del Considerando n. 18 RGPD, si impegna a trattare i dati del delegante in qualità di titolare autonomo del trattamento e a farsi carico del puntuale rispetto dei principi e degli adempimenti di cui al RGPD;



d) La/il delegata/o riconosce che l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese tratta i suoi dati personali sopra riportati: (i) al solo fine della corretta e legittima verifica, esecuzione e documentazione delle attività connesse alla delega ricevuta dal delegato; (ii) con modalità

informatiche identiche a quelle utilizzate per garantire un'adeguata sicurezza e protezione dei dati della/del delegante; (iii) a conservare il documento insieme al fascicolo della/del delegante e per il medesimo arco temporale.

Firma del delegante _____
(allegare copia del documento di identità)

Firma del delegato_per accettazione _____
(allegare copia del documento di identità)

(luogo) _____, (data) ____/____/____

RISERVATO ALL'UFFICIO

Azienda ospedaliero -universitaria Senese, Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

La presente delega viene rilasciata al delegato che la deve esibire al momento del ritiro della documentazione sanitaria, contestualmente all'esibizione di un proprio documento d'identità.

Copia della presente delega è depositata presso questo Ufficio e registrata al n° ____ / ____ .

Data ____/____/____

Timbro e firma del funzionario incaricato _____