

- di essere consapevole che i dati forniti verranno trattati dagli Ufficio dell'ASP di Vibo Valentia anche con mezzi elettronici per finalità legate alla presente richiesta nel rispetto delle vigenti normative in materie di privacy;

- di non aver rifiutato la prima data disponibile fornitami dagli operatori CUP;
- di essere consapevole che sono escluse dal percorso di tutela tutte le prestazioni specialistiche di "controllo" ovvero le visite successive alle prime e i follow up, le quali sono soggette a specifica indicazione dello specialista che ha preso in carico il paziente, tanto da effettuarne direttamente la prenotazione nei tempi clinicamente idonei;

Presa visione dell'Informativa Privacy disponibile sul sito web www.aspvv.it e consapevole che il trattamento riguarderà dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 (dati idonei a rivelare lo stato di salute, patologie, terapie o risultati di esami diagnostici) **AUTORIZZO** l'ASP di Vibo Valentia ed i suoi operatori al trattamento dei miei dati personali e sanitari per le finalità oggetto della presente istanza, secondo le modalità indicate nell'informativa stessa.

A tal proposito si allega:

- Copia della prescrizione;
- Copia della Prenotazione;
- Copia della Tessera sanitaria (fronte/retro);
- Copia del Documento di Identità (fronte/retro).

Distinti saluti

Data ____/____/____

Firma _____

(da compilare in caso di consegna modulo per il tramite degli ETS presenti presso lo sportello dedicato del Poliambulatorio di Vibo Valentia)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il ____/____/____ con la sottoscrizione del presente
 modulo autorizza i Volontari dell'ETS

_____ alla visione della documentazione necessaria alla redazione della presente istanza nonché alla consegna della stessa all'ASP di Vibo Valentia, sollevando l'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia da qualsivoglia responsabilità.

Data ____/____/____

Firma _____