

Sez. «CARLO LANGÈ»
Via A. Da Brescia, 1
21052 Busto Arsizio (VA)
Tel. 0331.381180 - 0331.699238
Fax 0331.387602

**AUTORIZZAZIONE INVIO REFERTI MEDICI / COMUNICAZIONI /
ESAMI DI LABORATORIO A MEZZO POSTA ELETTRONICA**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a _____ (_____) il _____

C.F. _____

Iscritto all'associazione Avis Comunale Busto Arsizio-Valle Olona con tessera n.

In ottemperanza al Trattamento dei Dati personali ai sensi del Reg. 679/2016 dell'Unione Europea

AUTORIZZO

L'associazione AVIS BUSTO ARSIZIO-VALLE OLONA e la STRUTTURA TRASFUSIONALE alla trasmissione attraverso posta elettronica ordinaria dei referti medici ed esami del sangue personali in formato PDF non criptato ma protetto di adeguata password al seguente indirizzo di posta elettronica:

La presente autorizzazione sarà valida fino a revoca scritta da effettuarsi da parte del sottoscrittore alla sede Avis Busto Arsizio-Valle Olona

LUOGO e DATA

FIRMA LEGGIBILE

Si rammenta che la presente da autorizzazione all'invio dei referti/esami, ma la copia degli stessi deve essere ogni volta richiesta alla segreteria Avis.

