

Allegato 1B al Disciplinare per stampa e consegna dei referti su richiesta con modalità on line presso le Farmacie aderenti all'accordo con l'Azienda USL di Modena

(rev. 19/10/2023)

RICHIESTA COPIA REFERTO ALLA AUSL PER CONTO DELL'UTENTE

Gentile Utente,

il referto degli esami di laboratorio che ha chiesto di ritirare presso questa Farmacia tramite la stampa dal Portale Ausl "Referti Online" risulta non accessibile.

Ciò può essere dovuto a varie cause che la Farmacia non conosce; tuttavia, al fine di ridurre al minimo i disagi alla propria utenza, questa Farmacia è disponibile a richiedere per Suo conto e con la Sua autorizzazione, la copia cartacea del Suo referto alla Azienda Usl di Modena, presso cui ha eseguito la prestazione.

Ciò avviene in osservanza delle norme a tutela della sicurezza dei dati e della riservatezza degli Utenti, tramite una richiesta che la Farmacia inoltra al Laboratorio Analisi della Ausl, che risponderà inoltrando il Suo referto cartaceo, che Lei dunque potrà ritirare presso questa Farmacia entro la data che le sarà indicata dal farmacista.

Il referto così pervenuto, se non sarà da Lei ritirato, sarà conservato presso questa Farmacia per un termine di 45 giorni, dopodiché sarà distrutto.

Le ricordiamo che in alternativa, Lei può ritirare direttamente il Suo referto presso un qualsiasi punto di consegna predisposto dalla Azienda Usl di Modena, portando con sé tutta la documentazione indicata sul modulo Ritiro referti.

Il sottoscritto _____
nato/a _____ il _____

consapevole che le false dichiarazioni e la falsità negli atti sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (D.P.R. 445/2000 – T.U. sulla documentazione amministrativa)

AUTORIZZA

la Farmacia _____

Comune di _____

a ricevere il referto

degli esami di laboratorio che io ho eseguito in data _____

oppure

degli esami di laboratorio eseguiti in data _____

da _____

nato/a _____ il _____

di cui sono delegato genitore/tutore amministratore di sostegno

secondo le modalità sopra indicate.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA

Si richiede di inviare il referto al seguente numero di fax: _____

Firma Responsabile /Incaricato del trattamento dei dati della Farmacia
