



Io sottoscritto/a .....

nato/a a ..... il .....

chiedo di avvalermi del servizio di comunicazione dei dati INR\* via SMS.

A tal fine dichiaro:

- di essere stato informato sulle modalità di svolgimento del servizio (vedi sotto);
- di essere a conoscenza ed accettare che le garanzie del servizio, quanto a livelli di protezione della comunicazione e certezza di notifica, sono le medesime garantite dal gestore Telecom per il servizio SMS ordinario;
- di impegnarmi ad utilizzare i dati ricevuti in accordo e con l'ausilio del medico di fiducia;
- di autorizzare contestualmente l'invio del referto di laboratorio, con costi a carico dell'Azienda, all'indirizzo sotto indicato, attraverso il Servizio di Sanità Vicina (posta prioritaria).

Il numero di telefono cui inviare i dati è il seguente:

.....

L'indirizzo per l'invio del referto è il seguente:

Via/Piazza ..... n° .....

Comune ..... Prov. .... CAP .....

Allego copia fotostatica del documento d'identità.

Data .....

Firma dell'interessato .....

**(\*) Modalità di svolgimento del servizio**

- 1) Il servizio, rivolto ai pazienti in terapia anticoagulante cronica, riguarda i soli dati relativi all'accertamento del valore INR
- 2) Sarà trasmesso il solo valore numerico con l'intervallo di riferimento
- 3) Il dato sarà trasmesso dalle ore 10:00 alle ore 14:00
- 4) Qualora dopo le ore 14:00 non sia stato ricevuto alcun messaggio sarà possibile rivolgersi, dalle ore 14:00 alle ore 16:00, al medico/dirigente di guardia al seguente recapito telefonico: 055.794.9529