

Formulario «Informazioni sui miei dati»

Ho compiuto 18 anni e vorrei ottenere le seguenti informazioni:

- se il registro dei tumori pediatrici contiene informazioni su di me.
 quali informazioni su di me sono registrate nel registro dei tumori pediatrici.

1. I miei dati:

Appellativo

Signora Signor

Nome/i

Cognome/i

Evtl. cognome/i alla nascita

N. di assicurazione (n. AVS*)

Data di nascita

Via e numero civico

Codice postale e luogo

Numero di telefono

Indirizzo e-mail

*Il n. AVS è il numero di 13 cifre che si trova sulla tessera d'assicurazione malattie.

2. Dati sull'invio delle informazioni

Se nel registro sono presenti informazioni su di Lei, saranno inviate a Lei e/o al (precedente) medico curante (ad es. all'oncologa pediatrica / all'oncologo pediatrico). Il medico sarà lieto di discutere con Lei le informazioni e il loro significato.

Selezioni l'opzione che preferisce:

- a.** Inviare le informazioni **esclusivamente al medico curante.** -> Inserisca i **dati di contatto** del medico al punto 4.
 b. Inviare le informazioni a me **e** al medico curante. -> Inserisca i **dati di contatto** del medico al punto 4.
 c. Inviare le informazioni **esclusivamente a me.**

Se le informazioni devono essere inviate (anche) a Lei, come desidera riceverle?

Desidero ricevere le informazioni:

in formato elettronico in un file protetto da password (il link al file viene inviato per e-mail e la password viene inviata separatamente via SMS -> Inserisca il Suo numero di cellulare al punto 1)

OPPURE

in formato cartaceo tramite lettera raccomandata inviata per posta.

3. Dati di contatto del (precedente) medico curante (ad es. dell'oncologa pediatrica / dell'oncologo pediatrico) (da compilare solo se ha selezionato l'opzione «a» o «b» al punto 3):

Appellativo

Dr.ssa Dr.

Nome/i

Cognome/i

**Evtl. nome
dell'ospedale**

Via e numero civico

**Codice postale e
luogo**

Telefono

Indirizzo e-mail

4. Allegati richiesti:

- Copia del Suo passaporto o della Sua carta d'identità

Luogo, data: _____

Firma del/della paziente: _____