

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (PRIVACY)

art. 81 D.lgs 196/2003

“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro:

Io sottoscritto (nome e cognome)

nato a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via (indirizzo)

per sé oppure in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno
 Esercente la potestà genitoriale legale rappresentante

di (nome e cognome)

nato/aa..... il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via (indirizzo)

Ricevuta l'informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”, pubblicata anche sul sito www.burlo.trieste.it e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili,
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte,
3. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura;
4. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi all' Istituito di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) materno - infantile Burlo Garofolo, con sede in Trieste - CAP 34134- , Via dell'Istria n. 65/1 presso la Direzione Sanitaria

dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte del titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti e utilizzati dall'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) materno - infantile Burlo Garofolo per erogare le prestazioni richieste)

1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DELL'I.R.C.C.S MATERNO - INFANTILE BURLO GAROFOLO

SI NO (FINE DELLA COMPILAZIONE)

2) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E/O CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

SEZIONE A - CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

(“contenitore” di dati prodotti da questo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico consultabili all'interno dello stesso)

A1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI (SI VADA AL PUNTO A2) NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE B)

A2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PRECEDENTI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE B) NO (SI VADA ALLA SEZIONE B)

SEZIONE B - CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

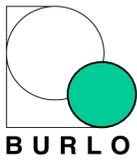
(“contenitore” di dati prodotti da questo Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e consultabili anche da altri enti e professionisti sanitari del sistema sanitario regionale)

B1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE E ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI (SI VADA AL PUNTO B2) NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE D)

B2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PREGRESSI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE C) NO (SI VADA ALLA SEZIONE C)



**ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (PRIVACY)**

art. 81 D.lgs 196/2003

“Codice in materia di protezione dei dati personali”

**SEZIONE C – CONSENSO ALLA DISPONIBILITÀ DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DI NATURA CLINICA CONTENUTI
NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI ENTI SOCIO-SANITARI REGIONALI**
(per soli scopi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

**C1) ACCONSENTO CHE I DATI PRESENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI
TUTTI GLI ENTI E OPERATORI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

- SI A TUTTI (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D) SI, SOLO AD ALCUNI (SI VADA AL PUNTO C2)
 NO A NESSUNO (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

C2) DESIDERO CONSENTIRE LA VISIBILITÀ AI SEGUENTI ENTI/OPERATORI:

C2.1) ENTI:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASS1 TRIESTINA | <input type="checkbox"/> ASS6 FRIULI OCCIDENTALE |
| <input type="checkbox"/> ASS2 ISONTINA | <input type="checkbox"/> AOPN S.M. ANGELI |
| <input type="checkbox"/> ASS3 ALTO FRIULI | <input type="checkbox"/> AOTS OSPEDALI RIUNITI |
| <input type="checkbox"/> ASS4 MEDIO FRIULI | <input type="checkbox"/> CENTRO ONCOLOGICO DI AVIANO |
| <input type="checkbox"/> ASS5 BASSA FRIULANA | <input type="checkbox"/> AOU S.MARIA DELLA MISERICORDIA |

C2.2) OPERATORI DEL SSR:

- PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
 PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO
 PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO E MEDICI E LUI ASSOCIATI

**SEZIONE D - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E
FORMAZIONE**

(con l'obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)

**D1) ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESSE LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE O FILMATE RELATIVE AGLI INTERVENTI CHIRURGICI,
OGGETTO DEL TRATTAMENTO, RESI ANONIMI, POSSANO ESSERE UTILIZZATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA,
FORMAZIONE E STUDIO DI PATOLOGIE**

- SI NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo Istituto, salvo revoca e/o
modifica e/o raggiungimento della maggiore età.

È possibile delegare la consegna di questo modulo ad altra persona, che si presenti con “delega”
contenente i dati anagrafici propri e del delegante, munita di proprio documento valido in originale e un
documento valido, anche in fotocopia, del delegante.

Data..... / / 201....

Firma

.....

Firma estesa e leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE OR..... DATA..... FIRMA OPERATORE

INSERIMENTO IN GECO: OPERATORE OR.....N° REG.GECO FIRMA OPERATORE

Note:

.....