



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Signore/Signora,

La informiamo che i dati personali e sensibili che La riguardano verranno trattati dagli operatori dell'ASL VC nel rispetto della normativa vigente¹ e degli obblighi di riservatezza.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO: i dati verranno trattati per fini diagnostici e terapeutici e per le finalità connesse di tipo amministrativo-contabile e di monitoraggio dell'attività.

I SUOI DATI CI SONO NECESSARI PER ASSISTERLA: l'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali e sensibili per finalità di diagnosi e cura, può comportare l'impossibilità per l'azienda di erogare l'assistenza richiesta, salvo i casi di effettiva emergenza in cui il consenso può essere raccolto successivamente.

MODALITA' DI TRATTAMENTO: il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e mediante strumenti elettronici; l'accesso ed il trattamento dei dati sono consentiti solo al personale autorizzato, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza.

COMUNICAZIONE DEI DATI: nell'ambito dell'attività istituzionale dell'ASL può essere prevista la comunicazione, dei soli dati essenziali, ad Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, Enti Previdenziali, Casse di Previdenza, Datore di Lavoro, Compagnie Assicuratrici, Ditte appaltatrici di servizi per conto della ASL VC. E' fatta salva, inoltre, la comunicazione di dati richiesti, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza, per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati (art. 25 comma 2);

DIFFUSIONE DEI DATI: i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi (art. 22 comma 8 e art. 26 comma 5);

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: il Titolare del trattamento è l'ASL VC di Vercelli, in capo al Direttore Generale;

RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO: l'elenco aggiornato dei Responsabili è disponibile presso l'URP (Ufficio Relazione Pubblico)

DIRITTI DELL'INTERESSATO: è possibile rivolgersi presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) per far valere i diritti indicati all'art. 7 del Codice, tra cui in particolare il diritto di:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché della logica e delle finalità e modalità su cui si basa il trattamento (la richiesta è formulata liberamente e senza formalità e può essere rinnovata, salva l'esistenza di giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni, art. 9, numero 5);
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e successivamente trattati.

¹ art. 7 e 13 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (D.lgs. 30 giugno 2003, n.136)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____

In qualità di (barrare l'opzione confacente):

- paziente
- legale rappresentante del paziente Sig./a _____
nato/a a _____ il _____
- familiare/congiunto/convivente (solo se il paziente non è in grado di fornire il consenso
e né è stato identificato un legale rappresentante)
- responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" e, in particolare, i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute

PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

- per fini diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi
- per fini statistici, epidemiologici e di ricerca (i cui risultati saranno resi noti in modo da non consentire la sua identificazione). sì no

PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI

- per fini diagnostici, terapeutici, preventivi ed eventuali perizie medico-legali sì no

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate
dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità (barrare l'opzione di interesse):

- di essere il legale rappresentante del paziente sopra indicato
- di esercitare la potestà genitoriale nei confronti del minore sopra indicato
- di essere un familiare/congiunto/convivente dell'interessato, il quale è attualmente non in grado di esprimere il proprio consenso
- di essere il responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato, il quale è attualmente non in grado di esprimere il proprio consenso

Data _____ Firma _____

Stesura: F. Ferrara (Dir. Med.) | Verifica: L. Pistorelli (Dir. Med.) | Autorizzazione: L. Pistorelli (Dir. Med.) | Emissione: E. Pistorelli (Dir. Med.)

IL CONSENSO È VALIDO PER UN ANNO. IL CONSENSO È VALIDO PER UN ANNO. IL CONSENSO È VALIDO PER UN ANNO. IL CONSENSO È VALIDO PER UN ANNO.

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Autorizzazione comunicazione dati (DM.MO.0010.00) Pagina 1 di 1
---	---------------	---

AUTORIZZAZIONE ALLA COMUNICAZIONE DI DATI SENSIBILI

Il/la sottoscritto/a _____
 Nato a _____ il _____
 Residente a _____

in qualità di (*barrare l'opzione confacente*):

paziente

legale rappresentante del paziente Sig./a _____
 nato/a a _____ il _____

1. AUTORIZZA IL PERSONALE DELL'ASL 11 A COMUNICARE INFORMAZIONI DI NATURA SANITARIA (*barrare la voce di interesse*):

solo al/alla sottoscritta

ai familiari che ne facciano richiesta

a chiunque ne faccia richiesta

solo alle persone di seguito indicate: _____

2. CHIEDE CHE, IN CASO DI NECESSITA', IL PERSONALE SANITARIO CONTATTI LA SEGUENTE PERSONA

<i>Nome e cognome</i>	<i>qualifica o grado di parentela</i>
<i>Indirizzo</i>	<i>Telefono</i>

3. E' consapevole che il personale dell'ASL11 confermerà la presenza del sottoscritto in ospedale (o la presenza della persona che il sottoscritto rappresenta legalmente) alle persone che chiedono informazioni (per consentire la comunicazione e/o la visita di parenti e conoscenti), a meno che il sottoscritto non indichi nella riga che segue, il desiderio che tale presenza non venga confermata a terzi.

Data ____/____/____

Firma leggibile del paziente (o del legale rappresentante) _____