

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO GIOVANNI XXIII di BARI
Piazza Giulio Cesare, 11
70124 BARI

Tel. 080.5592.658

Email: coordinatore.privacy.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

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"

Io sottoscritto _____

nato a _____

(nome e cognome)

il ____/____/____; codice fiscale _____ residente a (Comune,

Prov.) _____ via (indirizzo) _____

per sé

oppure

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

in qualità di:

- esercente potestà genitoriale
- tutore
- amministratore di sostegno
- legale rappresentante
- altro _____

di (nome e cognome) _____ nato a _____

il ____/____/____; codice fiscale _____ residente a (Comune,

Prov.) _____ via (indirizzo) _____

- **dopo essere stato informato dei propri diritti** (artt. 7, 8, 9, 10 del D.lgs. n. 196/03) nei confronti del trattamento dei dati personali sensibili;

- **dopo avere preso visione della Informativa**, ex art. 13 D.Lgs. n. 193/03 e, quindi, consapevole che:

a. i dati personali sensibili eventualmente acquisiti, anche presso terzi, saranno utilizzati (nel rispetto della vigente normativa e tenuto conto degli obblighi di riservatezza e di segreto professionale) esclusivamente per finalità di tipo medico-sanitario o, comunque, connesse e/o strumentali allo svolgimento di tali finalità;

b. il conferimento dei dati personali sensibili deve intendersi quale mera facoltà e non obbligo;

c. in mancanza di conferimento dei dati sopra indicati le prestazioni professionali richieste, oltre alla prosecuzione di quelle in corso, potranno non essere accettate e/o continuate e, dunque espletate;

Consenso Privacy – Direzione Generale – v1.0 del 05/10/2015

d. qualora venisse autorizzato il trattamento dei dati personali sensibili, nei limiti e per le finalità di cui al punto a. che precede, questi potranno venire a conoscenza anche di soggetti pubblici e/o privati, in aggiunta dei soggetti nominati da questa Azienda incaricati al trattamento dei dati personali (siano essi: personale con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, tirocinanti, praticanti, volontari e coloro che per conto di questa Azienda svolgono attività di supporto istituzionale);

e. gli estremi identificativi del Titolare e del Responsabile del trattamento sono contenuti nella nota denominata Informativa;

f. i trattamenti saranno effettuati in modalità cartacea, informatizzata e mista, compresa la eventuale comunicazione ed il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge, dal Regolamento Aziendale e, comunque, effettuati nell'ambito delle finalità istituzionali;

g. i profili inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza sono esplicitati nel DPS (Documento Programmatico per la Sicurezza) di cui può essere presa visione presso l'U.O. presso cui è in cura;

h. rivolgendosi al Coordinatore del Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Privacy, Dott. Giovanni Lucatorto, potrà essere presa visione l'elenco nominativo dei fornitori aggiornato che svolgono attività in outsourcing per conto di questa Azienda.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

ACCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI SI NO

ACCONSENSO che sia data comunicazione in ordine allo stato di salute alle sotto indicate persone:

• a nessuno

• a  _____

• al medico curante _____

ACCONSENSO che la presenza in Ospedale sia comunicata a:

• nessuno

• chiunque ne faccia richiesta

• soltanto a  _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE

ACCONSENSO che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici, oggetto del trattamento, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie. SI NO

**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 questa Azienda consultabili all'interno della stessa)*ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL
DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI SI NOACCONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI
PRECEDENTI SI NO**SEZIONE B - CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE E
ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI SI NOACCONSENSO ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI
PREGRESSI SI NO**OPERATORI DEL SSR:**

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

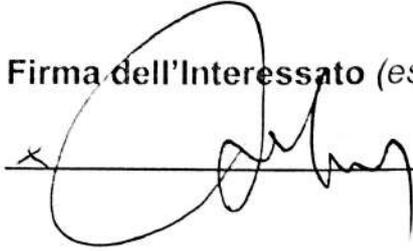
 SIPROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI
SUO SOSTITUTO SIPROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI
SUO SOSTITUTO E MEDICI A LUI ASSOCIATI SI

COGNOME

CARTELLA D.H. N.

Consenso Privacy – Direzione Generale – v1.0 del 05/10/2015

Firma dell'Interessato (estesa e leggibile):



Documento di riconoscimento tipo _____

n. _____ rilasciato il _____

Data _____ Firma Operatore _____

N.B.: il presente consenso deve essere custodito nella cartella clinica del paziente

ESPRESSIONE DEL CONSENSO IN FORMA ORALE

Io sottoscritto _____

matricola _____ in qualità di operatore autorizzato di questa Azienda

causa impedimento dell'assistito, dichiaro di avere acquisito il consenso (verbale o con gesti) del

Sig. _____ riguardo al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano.

I Testimoni _____

Data _____ Firma Operatore _____

N.B.: il presente consenso deve essere custodito nella cartella clinica del paziente