CENTRO MEDICO ESPERIA

ESPRESSIONE DELL'AVVENUTA INFORMAZIONE E DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CON IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

D.lgs. 101/2018, Reg. UE 2016/679, "Regolamento generale sulla protezione dei dati", "Linee Guida in materia di Dossier Sanitario" del 04 giugno 2015 doc web, n.4084632 ", Regione Friuli Venezia Giulia" - Servizio Sanitario Regionale

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 28.12.2000, n.445):

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

☐ minorenne esercitante la potestà genitoriale ☐ esercente la potestà genitoriale

di (nome e cognome) .....

nato a ..... il ...../ ...../ ..... codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

residente a (Comune, Prov) ..... via (indirizzo) .....

Ricevuta l'informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2017/679, pubblicata anche sul sito www.centromedicoesperia.it e consapevole che:

1. *il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e i dati relativi alla salute,*
2. *con riferimento al DSE il consenso 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 alla Direzione del Centro Medico Esperia S.r.l. (di seguito "Centro Medico Esperia"),*
5. *qualora il consenso sia rifiutato potranno egualmente essere fruiti i servizi di cui alle attività istituzionali, tuttavia in maniera meno efficace.*

Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute con lo strumento del dossier sanitario elettronico da parte del Centro Medico Esperia, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI CON IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

SEZIONE A - CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

("contenitore" di dati prodotti dal Centro Medico Esperia, 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 TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE

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

B1) ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESE 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

2) CONSENSO ALL'INVIO DI SMS/MAIL DI PROMEMORIA

ACCONSENTO ALL'INVIO DA PARTE DEL CENTRO MEDICO ESPERIA DI SMS/MAIL ESCLUSIVAMENTE DI PROMEMORIA PER RAMMENTARE LA DATA E L'ORA DEGLI APPUNTAMENTI PROGRAMMATI

☐ SI, a tal fine comunico il recapito a cui spedire il promemoria: ..... ☐ NO

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati e di conferire il mio consenso secondo quanto indicato.

Data ...../ ...../ 20..... Firma .....

Firma estesa e leggibile

Il presente consenso al trattamento dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età. In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia).