



**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA**  
**CONSORZIALE POLICLINICO GIOVANNI XXIII di BARI**  
*Piazza G. Cesare, 11*  
**70124 BARI**

Tel. 080.5592.658

Email: [coordinatore.privacy.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto: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** (nome e cognome).....nato  
a ..... 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. 196/03 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 accettati e/o continuati e, dunque, espletati;

**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 ( ) NO ( )

ACCONSENSO ALL’INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PRECEDENTI

SI ( ) NO ( )

**SEZIONE B - CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - EDOTTO**

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 ( ) NO ( )

ACCONSENSO ALL’INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PREGRESSI

SI ( ) NO ( )

**SEZIONE C – CONSENSO ALLA DISPONIBILITÀ DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CONTENUTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI ENTI SOCIO-SANITARI REGIONALI**

ACCONSENSO CHE I DATI PRESENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI ENTI ED OPERATORI DEL SSR – Regione Puglia

SI a tutti ( ) NO a nessuno ( ) Si solo ad Alcuni ( )

**DESIDERO CONSENTIRE LA VISIBILITÀ AI SEGUENTI ENTI/OPERATORI:**

**ENTI:**

AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" FOGGIA SI ( )	ASL TA SI ( )
ASL BA SI ( )	EMTE ECCLESIASTICO "PANICO" SI ( )
ASL BR SI ( )	ECCLESIASTICO "CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA" SI ( )
ASL BT SI ( )	ENTE ECCLESIASTICO "MIULLI" SI ( )
ASL FG SI ( )	IRCCS "DE BELLIS" CASTELLANA GROTTI SI ( )
ASL LE SI ( )	IRCCS ONCOLOGICO SI ( )

**OPERATORI DEL SSR:**

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA *SI* ( )

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO *SI* ( )

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO E MEDICI A LUI ASSOCIATI *SI* ( )

**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*