

 IRCCS de Bellis	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER PAZIENTI RICOVERATI	Rev. 1.1 del 10/10/2020 Pag. 1/2 Mod_01-CONSENSO-ASSISTITI_GDPR_2020
--	---	--

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER PAZIENTI RICOVERATI

ai sensi degli artt. 6-7-9 del Regolamento UE 2016/679

Consenso acquisito in conformità al Regolamento Generale sulla Protezione dei dati

Il 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

<p>in qualità di: <input type="checkbox"/>esercente responsabilità genitoriale <input type="checkbox"/>prossimo congiunto <input type="checkbox"/>familiare <input type="checkbox"/>convivente o unito civilmente <input type="checkbox"/>legale rappresentante <input type="checkbox"/>fiduciario (L. 219/2017) <input type="checkbox"/>responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato</p> <p>Del Sig. (nome e cognome).....nato a il / / codice fiscale.....residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)</p>
--

DICHIARA

- **DI AVER LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** esposta nelle sedi dell'Istituto, allegata al presente modulo e consultabile sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/privacy> ;
- di essere consapevole che il consenso prestato potrà restare valido anche per tutti i successivi eventuali accessi presso i reparti dell'Istituto, anche in tempi diversi, fino ad esplicita revoca del consenso medesimo.

<p>PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione, in ordine al mio STATO DI SALUTE, alle sotto indicate persone:</p> <p><input type="checkbox"/>a nessuno <input type="checkbox"/>al coniuge/convivente <input type="checkbox"/>altro [indicare nome/cognome]</p> <p>PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione della mia PRESENZA IN REPARTO a:</p> <p><input type="checkbox"/> chiunque lo richieda <input type="checkbox"/> nessuno</p> <p>PRESTO IL CONSENSO all'utilizzo dei dati personali per scopi di RICERCA scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
--

ACQUISIZIONE DI DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA

Acconsento **Non acconsento**

che nel corso di eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite **riprese filmate e/o fotografiche** e che queste vengano utilizzate in ambito medico come aiuto per la formulazione di diagnosi e per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

Acconsento **Non acconsento**

alla pubblicazione del materiale fotografico, riguardante la mia patologia, su una rivista scientifica, su un libro di testo, su internet o su un opuscolo informativo, che possa essere visualizzato dai professionisti del settore medico e da chiunque in generale, purchè in forma assolutamente anonima.

DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (Cartella Clinica Elettronica)

IDENTIFICAZIONE DOSSIER SANITARIO: eWard

ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SI NO

E ALL'INSERIMENTO DI TUTTI I DATI PRODOTTI **D' ORA IN POI** SI NO

ACCONSENSO ALL'INSERIMENTO ANCHE DI TUTTI I DATI **PRECEDENTI** SI NO

SI RICHIEDE L'OSCURAMENTO DELL'EVENTO DE-OSCURAMENTO DELL'EVENTO

ACCONSENSO ad inserire nel Dossier Sanitario Elettronico eventuali informazioni sanitarie inerenti aborto, uso di alcool, sieropositività, atti di violenza sessuale e pedofilia, tossicodipendenza, parto in anonimato, prestando specifico ed esplicito consenso SI NO

Data :

FIRMA DELL'ASSISTITO o legale rappresentante (firma per esteso e leggibile):

.....

Documento di riconoscimento tipo.....

n.....rilasciato il.....

L'OPERATORE CHE HA RESO L'INFORMATIVA ED ACQUISITO IL CONSENSO

Data:

Matricola.....(firma per esteso e leggibile) :