

## Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali sensibili

Il sottoscritto :  codice fiscale :   
nato a :  il :   
residente in :  via/piazza:

**esprime** il suo consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili da parte della **Dott.ssa CARFI' Patrizia** medico convenzionato con il SSN/SSR per la Medicina Generale.

In particolare, dichiara di avere ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del DLGS 196/03 e di essere stato edotto che:

1) il trattamento avviene per le finalità previste dalla L. 833/78 e dal DLGS 502/92 e successive modificazioni nonché dall'ACN di settore per la Medicina Generale con i relativi contratti integrativi regionali e aziendali.

2) Il conferimento dei dati è facoltativo e in caso di mancata prestazione del consenso, non potrà ricevere le prestazioni previste dal SSN/SSR che prevedano il trattamento dei dati personali sensibili previa prestazione del consenso.

3) Ha diritto di ottenere, ai sensi dell'art. 7 del DLGS 196/03, la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile. L'interessato ha diritto di ottenere dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) 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 o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

4) Il consenso al trattamento e la presente informativa sono forniti per il complessivo trattamento dei dati personali necessario per le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, svolte dal medico a tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, su richiesta dello stesso o di cui questi è informato in quanto effettuate nel suo interesse.

5) Il consenso al trattamento e la presente informativa riguardano anche il trattamento di dati correlato a quello effettuato dal medico di medicina generale, effettuato da un professionista o da altro soggetto, parimenti individuabile in base alla prestazione richiesta, che: a) sostituisce temporaneamente il medico; b) fornisce una prestazione specialistica su richiesta del medico e del pediatra; c) può trattare lecitamente i dati nell'ambito di un'attività professionale prestata in forma associata; d) fornisce farmaci prescritti; e) comunica dati personali al medico in conformità alla disciplina applicabile.

6) Il consenso al trattamento e la presente informativa riguardano anche il trattamento di dati personali: a) per scopi scientifici, anche di ricerca scientifica e di sperimentazione clinica controllata di medicinali, in conformità alle leggi e ai regolamenti, ed è manifestato liberamente; b) nell'ambito della teleassistenza o telemedicina; c) per fornire altri beni o servizi all'interessato attraverso una rete di comunicazione elettronica.

Messina il .....

(firma) \_\_\_\_\_

### **a) consenso alle informazioni relative allo stato di salute rese note ai familiari .**

(l'informativa e il consenso possono intervenire anche successivamente alla prestazione nei soli casi, individuati selettivamente dal medico, di impossibilità fisica o di incapacità dell'interessato)

(firma) \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA**

Gentili signori,

desidero informarvi che i vostri dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione o per altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da voi stessi o che sono acquisiti altrove, ma con il vostro consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Anche in caso di uso di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli.

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra indicazione.

In qualunque momento potrete conoscere i dati che vi riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i vostri diritti al riguardo.