

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”

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 18.12.2000, n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
codice fiscale _____ residente a _____ CAP _____
in via/piazza _____ n. civico _____ nella mia qualità di diretto interessato
oppure di
tutore legale rappresentante amministratore di sostegno esercente potestà genitoriale
di _____ codice fiscale _____
nato a _____ il _____ residente a _____
CAP _____ in via/piazza _____ n. civico _____

Ricevuta l'informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”, pubblicata anche sul sito www.cro.it e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili,
2. il consenso, una volta manifestato, 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 Sanitaria del Centro di Riferimento Oncologico, dichiarato di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte del Centro di Riferimento Oncologico, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti e utilizzati dal Centro di Riferimento Oncologico per erogare le prestazioni richieste)

1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DEL CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO

SI

NO (FINE DELLA COMPILAZIONE)

2) 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 questo Centro di Riferimento Oncologico, 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 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

(“contenitore” di dati prodotti da questo Centro di Riferimento Oncologico e consultabili anche da altri enti e professionisti sanitari del sistema sanitario regionale)

B1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE E ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI (SI VADA AL PUNTO B2)

NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE D)

B2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PREGRESSI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE C)

NO (SI VADA ALLA SEZIONE C)

**SEZIONE C – CONSENSO ALLA DISPONIBILITÀ DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DI NATURA CLINICA
CONTENUTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI ENTI SOCIO-SANITARI REGIONALI**
(per soli scopi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

C1) ACCONSENTO CHE I DATI PRESENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI ENTI ED OPERATORI DEL SSR

- SI A TUTTI (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D) SI, SOLO AD ALCUNI (SI VADA AL PUNTO C2)
 NO A NESSUNO (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

C2) DESIDERO CONSENTIRE LA VISIBILITÀ AI SEGUENTI ENTI/OPERATORI:

C2.1) ENTI:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ASS1 TRIESTINA | <input type="checkbox"/> AOPN S.M. ANGELI |
| <input type="checkbox"/> ASS2 ISONTINA | <input type="checkbox"/> AOTS OSPEDALI RIUNITI |
| <input type="checkbox"/> ASS3 ALTO FRIULI | <input type="checkbox"/> CENTRO ONCOLOGICO DI AVIANO |
| <input type="checkbox"/> ASS4 MEDIO FRIULI | <input type="checkbox"/> AOU S.MARIA DELLA MISERICORDIA |
| <input type="checkbox"/> ASS5 BASSA FRIULANA | <input type="checkbox"/> IRCCS BURLO GAROFOLO |
| <input type="checkbox"/> ASS6 FRIULI OCCIDENTALE | <input type="checkbox"/> |

C2.2) OPERATORI DEL SSR:

- PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
 PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO
 PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO E MEDICI E LUI ASSOCIATI

SEZIONE D - 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)

D1) 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

***Il presente consenso al trattamento dei 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)***

Data..... / / 201....

Firma

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE OR..... DATA..... FIRMA OPERATORE

INSERIMENTO IN GECO: OPERATORE OR..... N° REG.GECO FIRMA OPERATORE

Note: