

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario Uno

Via Provinciale per Terlizzi, Presidio Ospedaliero
70056 Molfetta (BA) - Tel. 080 3357682

Mail: dss.molfetta@asl.bari.it

PEC: distretto1.aslbari@pec.rupar.puglia.it

Ambito Territoriale

Comune di Molfetta - Comune di Giovinazzo

Consenso dell'Utente al trattamento dati sensibili personali

ai sensi del art. 81 del D.L.30/06/2003 n. 196

Codice in materia di protezione dei dati personali

ESPRESSIONE DEL CONSENSO DEL MAGGIORENNE IN FORMA SCRITTA o ORALE

Il/la sottoscritto/a:		nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	in via		n.

- **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;
 - 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; 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 la Direzione di Struttura nella quale è in cura;
 - g. nel DPS potrà essere presa visione dei nominativi delle ditte che svolgono attività in outsourcing per conto di questa Azienda

DIREZIONE Distretto Socio Sanitario Uno
Giovinazzo - Molfetta

Via Provinciale per Terlizzi, Presidio Ospedaliero - 70056
Molfetta (BA) - Tel. 080 3357682

dss.molfetta@asl.bari.it

Comuni

ASL BA:

Acquaviva delle fonti-Adelfia-Alberobello-Altamura-Bari-Bineto-Bitonto-Bitritto-Capurso-Casamassima-Cassano delle Murge-Castellana Grotte-Cellamare-Conversano-Corato-Gioia del Colle-Giovinazzo-Gravina di Puglia-Grumo Appula-Locorotondo-Modugno-Mola di Bari-Molfetta-Monopoli-Noci-Noicattaro-Palo del Colle-Polignano a Mare-Poggiorsini-Putignano-Rutigliano-Ruvo di Puglia-Sammichele di Bari-Sannicandro di Bari-Santeramo in Colle-Terlizzi-Toritto-Triggiano-Turi-Valenzano

Distretto Socio Sanitario Uno

CONSENTE

- **che tali dati saranno trattati per fini diagnostico-terapeutici e per i dovuti adempimenti amministrativi;** SI () NO ()
- **che** per i trattamenti che comportano una continuità di accesso ai dati, la sottoscritta manifestazione di consenso sarà considerata valida per ogni ulteriore accesso presso le strutture sanitarie di questa Azienda, sino ad eventuale revoca o rettifica da parte del firmatario; SI () NO ()
- **che sia data comunicazione in ordine al proprio stato di salute alle sotto indicate persone:**

- a nessuno
- al proprio medico curante _____
- a _____

- **che la sua presenza in Ospedale/Struttura Territoriale della ASL sia comunicata a:**

- tutti
- nessuno
- a _____

- **che tali dati potranno** essere trattati in forma anonima al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica, per studi Clinici e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute nelle strutture di questa Azienda; SI () NO ()

- **che le persone di seguito individuate** potranno procedere al ritiro della mia documentazione sanitaria (in busta chiusa e sigillata):

- cognome e nome _____
recapito _____
- cognome e nome _____
recapito _____

Si specifica altresì (art.34 Codice di Deontologia Medica) di:

- Volere
- Non volere

essere informato sull'esito degli accertamenti espletati. In quest'ultimo caso lo stesso dovrà essere comunicato al/alla Sig./Sig.ra:

- cognome e nome _____
recapito _____
- cognome e nome _____
recapito _____

Data e Luogo _____ **Firma dell'Interessato** _____

- Documento di riconoscimento tipo _____
- n. _____ rilasciato il _____

ESPRESSIONE DEL CONSENSO IN FORMA ORALE

Io sottoscritto nato a _____ il _____ in qualità di dipendente di questa Azienda, nominato incaricato ai fini del trattamento dei dati personali dichiaro di avere acquisito, alla presenza di due testimoni, il consenso orale del/della Sig. _____

nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. _____, riguardo al trattamento dei dati sensibili che lo riguardano.

I Testimoni _____

Data _____

n.b.: la firma dei testimoni è necessaria in caso di acquisizione di consenso in forma orale.

Il presente consenso sarà custodito nella cartella clinica del paziente ovvero nei fascicoli delle strutture operative della ASL.