

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 DEI DATI SENSIBILI
AI SENSI DELL'ART. 81 DEL D. Lgs.vo n. 196/2003**

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO IN FORMA SCRITTA O ORALE DEL
GENITORE / TUTORE / CURATORE PER CONTO DEL
MINORENNE / INTERDETTO / INABILITATO**

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

considerato lo stato di:

- incapacità di agire
- incapacità fisica
- incapacità di intendere e volere
- la minore età

del:

Minore /sig./sig.ra		nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	in via	n.	

in qualità di:

- esercente potestà
- familiare
- prossimo congiunto
- convivente
- responsabile struttura presso cui dimora

- **dopo essere stato informato dei propri diritti** (artt. 7. 8. 9, 10 del Digs. 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 dalla Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari ASL-BA incaricati al trattamento dei dati personali;

**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-Binetto-Bitetto-Bitonno-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

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

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 dell'Azienda ASL-BA di Bari, 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 le persone di seguito individuate** potranno procedere al ritiro della mia documentazione sanitaria (in busta chiusa e sigillata):

- cognome e nome _____
recapito _____

- **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 della ASL-BA; SI () NO ()

Data e Luogo _____ **Firma del genitore/tutore/curatore:** _____

- 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 _____ Sig. _____ nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. _____, riguardo al trattamento dei dati sensibili che attengono il minore/interdetto/inabilitato di cui lo stesso è genitore/tutore/curatore.

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 in appositi fascicoli delle strutture operative della ASL.