

<p style="text-align: center;">CONSENSO PER SIRDIMM</p> 		<p>Pag. 1/2</p> <p>Mod_02_Consenso-Dossier-Sanitario</p> <p>v1.0 del 26/09/2023</p>
---	---	---

CONSENSO PER DOSSIER RADIOLOGICO “SIRDImm”
Sistema Informativo Regionale per la Diagnostica per Immagini

L’ASL BARI, al fine di migliorare il processo di cura, si avvale del dossier sanitario radiologico afferente al Sistema Informativo Regionale per la Diagnostica per immagini (SIRDImm) che contiene ed organizza i dati relativi alla Sua storia radiologica; tali dati potranno essere condivisi e consultati unicamente dai professionisti sanitari coinvolti nel Suo percorso di cura, ai fini di tutela della Sua salute e dell’incolumità fisica e solo per il tempo necessario all’espletamento delle attività assistenziali. Il dossier sanitario radiologico può essere costituito esclusivamente con il Suo consenso libero, specifico ed informato.

IDENTIFICAZIONE DOSSIER SANITARIO RADIOLOGICO: SIRDImm

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

in qualità di: esercente responsabilità genitoriale prossimo congiunto familiare convivente o
unito civilmente legale rappresentante fiduciario (L. 219/2017) altro.....

DI (nome e cognome).....nato a
..... il / / codice fiscale.....residente
a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

DICHIARA DI AVER LETTO E COMPRESO LE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI allegate al presente modulo, esposte con appositi cartelli nelle sedi dell’ASL di Foggia e consultabile sul sito internet istituzionale, all’indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia>, nell’apposita sezione “Privacy”.

1- ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER RADIOLOGICO “SIRDImm”

(consultazione dello storico radiologico da parte di medici appartenenti anche a Strutture diverse da quella Erogante e Richiedente)

SI NO

2- ALL’INSERIMENTO DEI DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE ODIERNE E FUTURE

SI NO



3- ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO DEI DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI RADIOLOGICHE PREGRESSE

SI NO

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**.....

SI RICHIEDE

- L'OSCURAMENTO DELL'EVENTO CLINICO
- DE-OSCURAMENTO DELL'EVENTO CLINICO
- REVOCA DEL CONSENSO PRECEDENTEMENTE PRESTATO.....

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**.....

AUTORIZZO ad includere nel Dossier Sanitario Radiologico i dati relativi a:

- atti di violenza sessuale atti di pedofilia infezioni da HIV stato di tossicodipendenza o abuso di sostanze psicotrope abuso di alcolici interruzione della gravidanza parto in anonimato

Data: **Firma Assistito/Legale rappresentante:**.....

Parte riservata all'operatore ASL

Identificazione avvenuta tramite documento di riconoscimento

tipo.....

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

Data: **Firma dell'operatore in servizio:**.....



[leggi il QR Code per accedere subito all'informativa privacy *on-line*]

Il Titolare del trattamento dei dati personali

ASL BARI