


|  |   |  |
|--|---|--|
|  <b>IRCCS de Bellis</b> | <b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER PAZIENTI RICOVERATI</b> | Rev. 1.1 del 10/10/2020<br>Pag. 1/2<br>Mod_01-CONSENSO-ASSISTITI_GDPR_2020 |
|--|---|--|

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER PAZIENTI RICOVERATI

ai sensi degli artt. 6-7-9 del Regolamento UE 2016/679

Consenso acquisito in conformità al Regolamento Generale sulla Protezione dei dati

**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*

|  |
|--|
| <p><b>in qualità di:</b> <input type="checkbox"/>esercente responsabilità genitoriale   <input type="checkbox"/>prossimo congiunto   <input type="checkbox"/>familiare   <input type="checkbox"/>convivente o unito<br/> civilmente   <input type="checkbox"/>legale rappresentante   <input type="checkbox"/>fiduciario (L. 219/2017)<br/> <input type="checkbox"/>responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato</p> <p>Del Sig. (nome e cognome).....nato a<br/> ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale.....residente<br/> a (Comune, Prov.) ..... via (indirizzo) .....</p> |
|--|

### DICHIARA

- **DI AVER LETTO E COMPRESO L'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** esposta nelle sedi dell'Istituto, allegata al presente modulo e consultabile sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/debellis/privacy> ;
- di essere consapevole che il consenso prestato potrà restare valido anche per tutti i successivi eventuali accessi presso i reparti dell'Istituto, anche in tempi diversi, fino ad esplicita revoca del consenso medesimo.

|  |
|--|
| <p><b>PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione, in ordine al mio STATO DI SALUTE, alle sotto indicate persone:</b></p> <p><input type="checkbox"/>a nessuno   <input type="checkbox"/>al coniuge/convivente   <input type="checkbox"/>altro ..... [indicare nome/cognome] ... ..</p> <p><b>PRESTO IL CONSENSO alla comunicazione della mia PRESENZA IN REPARTO a:</b></p> <p><input type="checkbox"/> chiunque lo richieda   <input type="checkbox"/> nessuno</p> <p><b>PRESTO IL CONSENSO all'utilizzo dei dati personali per scopi di RICERCA scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico</b></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> |
|--|

|  |   |  |
|--|---|--|
|  <b>IRCCS de Bellis</b> | <b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER PAZIENTI RICOVERATI</b> | Rev. 1.1 del 10/10/2020<br>Pag. 2/2<br>Mod_01-CONSENSO-ASSISTITI_GDPR_2020 |
|--|---|--|

**ACQUISIZIONE DI DOCUMENTAZIONE FOTOGRAFICA**

**Accenso**  **Non accenso**

che nel corso di eventuali procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite **riprese filmate e/o fotografiche** e che queste vengano utilizzate in ambito medico come aiuto per la formulazione di diagnosi e per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy e con adeguate garanzie per i diritti e le libertà del sottoscritto.

**Accenso**  **Non accenso**

alla pubblicazione del materiale fotografico, riguardante la mia patologia, su una rivista scientifica, su un libro di testo, su internet o su un opuscolo informativo, che possa essere visualizzato dai professionisti del settore medico e da chiunque in generale, purchè in forma assolutamente anonima.

**DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (Cartella Clinica Elettronica)**

**IDENTIFICAZIONE DOSSIER SANITARIO: eWard**

**ACCONSENSO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER** SI  NO

E ALL'INSERIMENTO DI TUTTI I DATI PRODOTTI **D' ORA IN POI** SI  NO

ACCONSENSO ALL'INSERIMENTO ANCHE DI TUTTI I DATI **PRECEDENTI** SI  NO

SI RICHIEDE  L'OSCURAMENTO DELL'EVENTO  DE-OSCURAMENTO DELL'EVENTO

---

**ACCONSENSO** ad inserire nel Dossier Sanitario Elettronico eventuali informazioni sanitarie inerenti aborto, uso di alcool, sieropositività, atti di violenza sessuale e pedofilia, tossicodipendenza, parto in anonimato, prestando specifico ed esplicito consenso SI  NO

Data : .....

**FIRMA DELL'ASSISTITO o legale rappresentante** (firma per esteso e leggibile):

.....

Documento di riconoscimento tipo.....

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

**L'OPERATORE CHE HA RESO L'INFORMATIVA ED ACQUISITO IL CONSENSO**

Data: .....

Matricola.....(firma per esteso e leggibile) : .....