

**AUTORIZZAZIONE ALLA RACCOLTA E CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI E
DEI DATI SANITARI
AI FINI DELLE DISPOSIZIONI DI CUI AL D.Lgs 196 / 2003
“CODICE IN MATERIA DEI DATI PERSONALI”**

_____ li : _____

Io sottoscritto : _____

Nato a : _____ (____), il _____ Residente a : _____ (____),

in via _____

dichiaro che oggi , il Dott. _____

mi ha illustrato le disposizioni contenute nel D.lgs. 196/2003 a titolo “Codice in Materia di protezione dei dati personali”.

In particolare mi ha illustrato quella parte di disposizioni che riguardano la raccolta e la conservazione dei dati personali ai fini sanitari.

Mi ha spiegato quali sono i dati che vengono raccolti e le finalità per le quali essi vengono conservati. Mi ha spiegato che i dati raccolti verranno gestiti in forma cartacea ed in forma elettronica in conformità ai requisiti di sicurezza richiesti dalla legge e dal codice di Deontologia Medica.

Mi ha spiegato la necessità che tali dati possano essere consultati da altri medici chiamati a lavorare in sostituzione o in associazione, nonché dal personale paramedico e di segreteria del suo studio.

Mi ha spiegato che nel caso vi fosse la necessità di prescrivere farmaci, eseguire indagini di laboratorio, indagini strumentali, visite specialistiche o consulenze, si potrebbe verificare la necessità di comunicare tali dati ad altri operatori sanitari, sempre ai fini del mio interesse e per motivi di diagnosi, prevenzione, cura e riabilitazione.

Mi ha spiegato che in caso di necessità, utilizzando sistemi di teleassistenza e telemedicina , sempre per motivi di diagnosi, prevenzione, cura e riabilitazione, questi dati potrebbero essere trasmessi, sempre nel mio interesse, a centri che forniscono tali servizi.

Mi ha spiegato che nel caso di utilizzo di sistemi di trasmissione dati e reti di comunicazione elettronica, la sicurezza dei dati non è da lui direttamente gestita.

Mi ha spiegato che la Legge prevede che il consenso così dato a lui si estenderà e consentirà la raccolta dei miei dati personali a quegli operatori sanitari che egli riterrà opportuno, nel mio interesse, consultare.

Mi ha spiegato che qualora sia necessario fornirmi una prestazione o un servizio questi dati potrebbero essere trasmessi a organismi sanitari pubblici (ASL, ospedali, ..etc.) o organismi sanitari privati (cliniche, laboratori di analisi, strutture radiologiche, poliambulatori ..etc..), enti di assistenza e previdenza (INPS, INAIL ..etc..) sempre comunque in modo limitato ai dati necessari e per operazioni indispensabili ai fini di diagnosi, prevenzione, cura e riabilitazione.

Mi ha spiegato che in ogni momento potrò chiedere di esercitare i miei diritti nei confronti di chi è il Titolare della raccolta e conservazione dei miei dati; potrò cioè chiedere indicazioni circa l'origine dei dati, le finalità di trattamento, il modo in cui vengono conservati, trattati e trasmessi, le persone che li possono consultare. Potrò in ogni momento prenderne visione, chiederne una copia o chiedere che siano cancellati.

A conoscenza di queste necessità, lo autorizzo, a raccogliere i miei dati personali e quelli inerenti la mia storia familiare, i miei precedenti clinici, ed ogni dato concernente il mio stato di salute.

Lo autorizzo a far consultare questi dati ad altri medici chiamati a lavorare con lui in sostituzione o in associazione, al personale infermieristico e di segreteria del suo studio, nonché a comunicarli ad altri medici od operatori sanitari interpellati laddove si rendesse necessaria una consulenza o vi fosse la necessità di eseguire indagini di laboratorio o indagini strumentali o prescrivere farmaci.

Lo autorizzo a trasmetterli ad organismi sanitari pubblici o privati e ad enti di assistenza e previdenza con le modalità e per le finalità sopra descritte.

Lo autorizzo ad utilizzare in forma anonima i miei dati per motivi epidemiologici, di studio e/o ricerca scientifica.

Lo autorizzo a far consultare i miei dati da parte di laureati in medicina o di studenti in medicina che dovessero frequentare lo studio medico per motivi di studio (tirocinio pratico per l'esame di Stato, corsi pre-laurea o specializzazione post-laurea).

A conoscenza di quanto sopra do il mio consenso per il trattamento dei miei dati

Firma _____

Do il mio consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti e con le modalità sopra indicate

Firma _____

Esercitando la patria potestà autorizzo quanto sopra per conto del minore

(Cogn.Nome) _____

Firma _____