

**INFORMATIVA ART. 13 D.LGS. N.196/2003 PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**

**GENT.MO/A PAZIENTE, DESIDERIAMO INFORMARLA DEI SUOI DIRITTI**



**TRATTEREMO I SUOI DATI SOLO CON IL SUO CONSENSO**

Il medico, ha necessità di avere il Suo consenso per tutti i trattamenti di dati che effettuerà, non solo nell'ambito delle prestazioni sanitarie a Lei rivolte ma anche per le attività amministrative correlate come per esempio la rendicontazione dei farmaci e degli esami diagnostici. I dati sono le informazioni personali e sanitarie che la riguardano. In assenza di tali dati potrebbe essere difficile offrirle la prestazione sanitaria richiesta.



**CHI AVRA' ACCESSO AI SUOI DATI**

Solo il personale dello studio ed i medici sostituiti, gli associati, medici aderenti allo studio associato o alla cooperativa, gli specializzandi, i tirocinanti, i collaboratori, i consulenti e gli infermieri di studio e/o i sanitari che in accordo con Lei seguiranno il Suo percorso assistenziale, potranno avere accesso ai dati sanitari per finalità di diagnosi, cura, amministrativi, fiscali e statistico-epidemiologici e di formazione.

Il personale è obbligato alla massima riservatezza e non potrà utilizzare i dati per finalità diverse da quelle necessarie alla Sua cura. I Suoi dati potranno essere scambiati all'interno del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità di cura necessarie alla Sua salute.



**SICUREZZA DEI SUOI DATI**

Il Suo medico custodirà i Suoi dati in archivi cartacei ed informatici ed ha adottato le misure di sicurezza tecniche e regolamentari imposte dalla legge per la protezione dei dati personali, così come previsto dal D.Lgs 196/2003.



**QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

1. Conoscere i Suoi dati
2. Sapere come i dati vengono utilizzati e per quali finalità
3. Conoscere il nome della persona che ha il compito di conservarli e proteggerli
4. Sapere a chi vengono comunicati i dati
5. Chiedere la cancellazione o l'aggiornamento o la rettifica dei suoi dati
6. Chiedere la cancellazione ( purchè non debbano essere conservati per legge), la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione alla legge, nonché opporsi per giusti motivi al loro utilizzo.
7. Potrà esercitare i Suoi diritti presentando una richiesta scritta al suo medico.

**8. Il Suo medico di famiglia è titolare del trattamento dei dati e potrà rivolgersi in assoluta fiducia**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (d.Lggs 196/2003)**

**Si prega di scrivere in stampatello**

IO SOTTOSCRITTO	
SOLO SE RICORRE	Per conto del minore o incapace
INDIRIZZO	
TELEFONO	
EVENTUALE DIVERSO DOMICILIO DEL PAZIENTE	

**DICHIARO Di avere ricevuto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e sanitari, fornitemi dal medico ed affissa anche nella sala di aspetto dello studio medico.**

**AUTORIZZO Il medico ed i medici sostituiti, i medici aderenti alla cooperativa o allo studio associato, gli specializzandi, i tirocinanti, i collaboratori, i consulenti e gli infermieri di studio e/o i sanitari che seguiranno il Mio percorso assistenziale, potranno avere accesso ai suoi dati sanitari per finalità di diagnosi, cura, amministrativi, fiscali e statistico-epidemiologici e di formazione. I dati potranno essere scambiati all'interno del Servizio Sanitario Regionale, per le finalità di cura necessarie alla Mia salute**

**DICHIARO che il consenso è esteso ai trattamenti dei dati relativi a prestazioni richieste in futuro e di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge non necessitano di consenso al trattamento**

**ACCONSENTO a che sia data comunicazione relativa al mio stato di salute alle seguenti persone**

	SI	NO	TELEFONO
CONIUGE			
FIGLI			
GENITORI			
ALTRI NOME.....			

**EVENTUALI ANNOTAZIONI.....**

Data.....Firma.....