

INFORMATIVA SUL PROPRIO STATO DI SALUTE

_____, li

Presidio IRE ☒ ISG ☐

Unità Operativa: 120908-3701 - IRE - GINECOLOGIA

Il/La sottoscritto/a:

Desidera che le informazioni sul suo stato di salute siano fornite:

- ☐ Solo a se stesso;
- ☐ Ai familiari;
- ☐ Solo alle seguenti persone:

Desidera che l'ufficio informazioni dia notizie circa il suo ricovero:

☐ NO ☐ SI

Solo alle seguenti persone:

firma leggibile)

INFORMATIVA ED AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

"Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Gentile Signora / Signore,
nella osservanza di quanto disposto dal D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, desideriamo informarla circa le finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi e le conseguenze derivanti da un Suo eventuale rifiuto ad esprimere il consenso.

1. Finalità del trattamento

Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO), con sede in Via Elio Chianesi n. 53 - 00144 Roma, nella persona del legale rappresentante pro tempore quale **titolare del trattamento dei dati**, La informano che il trattamento dei Suoi dati personali, di tipo comune (es. generalità) e di tipo sensibile (es. relativi allo stato di salute ed alla vita sessuale) raccolti presso questa struttura, è finalizzato alla tutela della Sua salute e della Sua incolumità fisica, alla tutela della salute e dell'incolumità fisica di un terzo e della collettività, alla ricerca scientifica, a tutti gli adempimenti amministrativo-contabili connessi alla gestione delle attività istituzionali (es. accettazione, prenotazione visite ed esami, registrazioni delle esenzioni, etc.) e infine, all'ottemperanza a tutti i vigenti obblighi normativi (es. in materia di igiene e sanità, adempimenti fiscali, etc.).

Qualora Lei rifiuti il consenso al conferimento e/o al trattamento dei dati personali, questa struttura potrebbe non essere in grado di erogare la prestazione richiesta e, addirittura, potrebbe essere opposto un rifiuto ad eseguirla (ad esempio qualora Lei non fornisca il consenso a comunicare le Sue generalità).

Si informa inoltre che in alcuni casi, prefigurati dall'art. 82 del D.Lgs. 30.06.2003 n.196, è consentito il trattamento dei Suoi dati personali a prescindere dal consenso (ad esempio impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi assume legalmente la responsabilità genitoriale, ovvero sia possibile unicamente ottenere l'assenso da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato).

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto della pertinente Autorizzazione Generale del Garante per la protezione dei dati personali, del segreto professionale e d'ufficio e comunque di tutte le vigenti disposizioni normative attinenti.

2. Modalità del trattamento

Il trattamento sarà effettuato con o senza l'ausilio di mezzi elettronici, o comunque automatizzati, e comprenderà, nel rispetto dei limiti e delle condizioni poste dall'art. 11 del D.Lgs. 196/03, tutte le operazioni o complesso di operazioni previste dall'art.4, comma 1, lett. a) D. L.gs. 196/03 ("qualunque operazione o complesso di operazioni, effettuati anche senza l'ausilio di strumenti elettronici, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione di dati, anche se non registrati in una banca di dati") e necessarie al trattamento in questione, ivi inclusa la comunicazione ai soggetti di cui al successivo punto 3 della presente informativa e comunque con l'osservanza delle misure minime cautelative della sicurezza e riservatezza dei dati previste dalla normativa vigente. Il trattamento dei dati sarà effettuato direttamente dagli Istituti Fisioterapici Ospitalieri presso la propria sede, ovvero in sedi esterne comunque sottoposte a controllo, mediante il personale sanitario e amministrativo dipendente, nonché attraverso consulenti, collaboratori o personale convenzionato.

3. Ambito di comunicazione e diffusione

I dati anagrafici, anamnestici e clinici degli interessati sono comunicati, secondo le rispettive necessità e competenze, al personale amministrativo e/o sanitario nelle diverse unità organizzative e operative degli Istituti, per lo svolgimento delle attività amministrative e di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione. In alcuni casi la legge prevede che i dati, comuni e/o sensibili, debbano essere comunicati, a prescindere dal consenso dell'interessato, ad alcuni enti pubblici o all'autorità giudiziaria. Tali organismi tratteranno i dati in tal modo acquisiti in qualità di autonomi titolari, ai sensi del D.L.gs. n. 196/03.

4. Diritti dell'interessato

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati in nostro possesso e come essi vengono utilizzati, nonché il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o, se trattati in violazione di legge, di ottenerne la cancellazione o il blocco e di opporsi al loro trattamento. Inoltre Lei avrà la possibilità, in ogni tempo, di revocare il consenso.

5. Dossier sanitario

L'insieme delle informazioni riguardanti la Sua persona potrà essere raccolto dall'Ente in un Dossier Sanitario, comprendente tutti i documenti relativi ad una parte della Sua storia sanitaria, al fine di migliorare il Suo processo di cura attraverso un accesso integrato consentito al solo personale sanitario. Il suo eventuale rifiuto a concedere il consenso alla costituzione del dossier non inciderà sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste. Qualora Lei acconsenta al trattamento dei Suoi dati mediante il dossier, questo potrà essere consultato - nel rispetto dell'Autorizzazione generale del Garante - anche qualora ciò sia ritenuto indispensabile per la salvaguardia della salute di un terzo o della collettività (art. 76 D. Lgs. 196/2003). I dati contenuti nel dossier possono venire a conoscenza unicamente del personale sanitario che Le fornirà nel tempo e a vario titolo assistenza sanitaria, eventualmente anche nell'esercizio della libera professione intramuraria nei Suoi confronti, esclusa qualunque possibilità di diffusione, trattandosi di dati idonei a rivelare il Suo stato di salute. Rimane inteso che Lei avrà la possibilità, in ogni tempo, di revocare il consenso alla inclusione di nuovi dati nel Suo dossier, e di oscurare alcuni eventi clinici in esso compresi, nonché di visionare gli accessi effettuati al Suo Dossier.

Consenso informato al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

Cod. Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in

Telefono

Indirizzo email (facoltativo)

Nella sua qualità di (barrare la voce)

☐ diretto interessato

- ☐ genitore di minore

- ☐ tutore

- ☐ curatore

- ☐ amministratore di sostegno

- ☐ rappresentante legale

di

nato a

il

(in ogni caso di rappresentanza legale, tutela ecc. allegare copia del documento di nomina)

Dichiara

- di avere ricevuto un'informazione chiara ed esauriente e di averla totalmente compresa
- di aver preso visione delle informazioni riportate nel documento "Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Informativa - Consenso Informato - Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 " e di averle totalmente comprese;

e, pertanto

- **Acconsente al trattamento generale dei dati e alla comunicazione dei dati personali sensibili nelle modalità descritte:**

SI ☐ NO ☐

- **Acconsente al trattamento dei dati in forma anonima ed aggregata per attività istituzionali di tipo statistico ed epidemiologico e di ricerca:**

SI ☐ NO ☐

- **Acconsente alla effettuazione di riprese fotografiche e/o video, esclusivamente per scopi di cura e/o di ricerca:**

SI ☐ NO ☐

- **Acconsente alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico:**

SI ☐ NO ☐

di tutti i dati ☐ dei soli dati prodotti da adesso in poi ☐

- **Chiede l'oscuramento dei dati sanitari relativi a (specificare quali dati si desidera oscurare):**

_____, li

Firma: _____