



CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO ISTITUTO NAZIONALE TUMORI - AVIANO

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO DI DIRITTO PUBBLICO (D.I. 31/07/1990)

Via Franco Gallini n° 2 - 33081 Aviano (PN) Italy - C.F.- P.I. 00623340932 - Tel. 0039 0434 659111 - Fax: 0039 0434 652182

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (PRIVACY) art. 81 D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Io 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: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale Legale rappresentante

di (nome e cognome)

nato/a a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

Ricevuta l'informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI", pubblicata anche sul sito www.cro.sanita.fvg.it e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
 2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
 3. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura;
 4. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi all'Accettazione del Centro di Riferimento Oncologico;
- dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte del Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti e utilizzati dal Centro di Riferimento Oncologico per erogare le prestazioni richieste)

1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DEL CRO

SI NO (FINE DELLA COMPILAZIONE)

2) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E/O CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

SEZIONE A - CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

("contenitore" di dati prodotti da questo Istituto, consultabili all'interno dello stesso)

A1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI (SI VADA AL PUNTO A2) NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE B)

A2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PRECEDENTI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE B) NO (SI VADA ALLA SEZIONE B)

SEZIONE B - CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) ("contenitore" di

dati prodotti da questo Istituto e consultabili anche da altre aziende ed enti e professionisti sanitari del sistema sanitario regionale)

B1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE E ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI

SI (SI VADA AL PUNTO B2) NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE D)

B2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PREGRESSI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE C) NO (SI VADA ALLA SEZIONE C)

SEZIONE C – CONSENSO ALLA DISPONIBILITÀ DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DI NATURA CLINICA CONTENUTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI ENTI SOCIO-SANITARI REGIONALI

(per soli scopi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

C1) ACCONSENTO CHE I DATI PRESENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI ENTI ED OPERATORI DEL SSR

SI A TUTTI (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

SI, SOLO AD ALCUNI (SI VADA AL PUNTO C2)

NO A NESSUNO (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

C2) DESIDERO CONSENTIRE LA VISIBILITÀ AI SEGUENTI ENTI/OPERATORI:

C2.1) ENTI:

A.A.S. N.1 – TRIESTINA

A.A.S. N.5 – FRIULI OCCIDENTALE

A.A.S. N.2 – BASSA FRIULANA – ISONTINA

AOU UD S.M.MISERICORDIA

A.A.S. N.3 – ALTO FRIULI – COLLINARE – MEDIO FRIULI

ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO GAROFOLO DI TRIESTE

A.A.S. N.4 – FRIULI CENTRALE

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA TRIESTE

C2.2) OPERATORI DEL SSR:

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO E MEDICI A LUI ASSOCIATI

SEZIONE D - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE

(con l'obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)

D1) ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESSE LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE O FILMATE RELATIVE AGLI INTERVENTI CHIRURGICI, OGGETTO DEL TRATTAMENTO, RESI ANONIMI, POSSANO ESSERE UTILIZZATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA, FORMAZIONE E STUDIO DI PATOLOGIE

SI

NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo Istituto salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.

In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)

Data..... / / 201.....

Firma

Firma estesa e leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA:

OPERATORE OR.....DATA.....FIRMA OPERATORE

INSERIMENTO IN GECO:

OPERATORE OR.....N° REG.GECOFIRMA OPERATORE

Note:

.....