

Gentile Paziente,

desidero informarti che i Tuoi dati sono utilizzati solo per svolgere attività necessarie per prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione oltre che per attività di studio, valutative e ricerca al fine di strutturare linee guida, percorsi assistenziali ed organizzativi delle cure, ricerche in campo diagnostico, epidemiologico, organizzativo ed economico da me svolte a tutela della Tua salute o per altre prestazioni da Te richieste, farmaceutiche e specialistiche.

Si tratta dei dati forniti da Te stesso o che sono acquisiti altrove, ma con il Tuo consenso, ad esempio in caso di ricovero o di risultati di esami clinici.

Anche in caso di uso di computer, adotto misure di protezione per garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei miei collaboratori, nel rispetto del segreto professionale.

Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (l'infermiere/a, il sostituto, il farmacista, lo specialista) il personale di segreteria e le strutture che possono conoscerli (ad es. l'Azienda Sanitaria Locale, Organismi di Ricerca).

I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto da obblighi di legge.

Si possono fornire informazioni sullo stato di Tua salute a familiari e conoscenti solo su Tua indicazione.

In qualunque momento potrai conoscere i dati che ti riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, e far valere i tuoi diritti al riguardo.

Per attività più delicate da svolgere nel tuo interesse, sarà mia cura informarti in modo più preciso.

Dott.

Il sottoscritto nato a..... prov. (...)

il residente in Via
cap dichiara di essere stato informato su:

1. le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, connesse con le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, attività di studio, valutative e ricerca al fine di strutturare linee guida, percorsi assistenziali ed organizzativi delle cure, ricerche in campo diagnostico, epidemiologico, organizzativo ed economico svolte dal medico a tutela della propria salute;
2. i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati (medici sostituti, laboratorio analisi, medici specialisti, farmacisti, aziende ospedaliere, case di cura private e fiscalisti) o che possono venirne a conoscenza in qualità di incaricati;
3. il diritto di accesso ai dati personali, la facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione nonché di opporsi all'invio di comunicazioni commerciali;
4. il nome del medico che sarà titolare del trattamento dei dati personali nonché l'indirizzo del relativo studio professionale; 5 la necessità di fornire dati richiesti per poter ottenere l'erogazione di prestazioni mediche adeguate.

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, esclusivamente a fini di diagnosi e cura al Dr.

Firma dell'interessato _____

Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, in forma anonima ed aggregata a fini di attività di studio, valutative e ricerca al fine di strutturare linee guida, percorsi assistenziali ed organizzativi delle cure, ricerche in campo diagnostico, epidemiologico, organizzativo ed economico al Dr.

Firma dell'interessato _____