

## INFORMATIVA E CONSENSO RELATIVI AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI DA PARTE di ASL2 SAVONESE

Avverso vante lesioni dei propri diritti si può presentare reclamo all'Autorità Garante della protezione dei dati personali- Piazza di Monte Citorio n. 121 – Roma

### CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Letta e compresa l'Informativa anche relativa al trattamento dei propri dati personali in formato cartaceo ed elettronico effettuato da ASL 2 con il proprio personale e consapevole che tale consenso consente di compiere sui dati operazioni di carattere generale ad es tenuta, lettura e conservazione del singolo dato o gruppo di dati anagrafici, sensibili (di salute, razziali, sessuali, religiosi, giudiziari etc.) e soggetti ad anonimato (art.12informativa) per compiere operazioni elementari cfr punto 2.1 dell' informativa

**ESPRIME IL CONSENSO GENERALE NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (in formato cartaceo ed elettronico) ED AUTORIZZA ASL2 ED I SUOI OPERATORI A TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, DI SALUTE, SENSIBILI E SOGGETTI AD ANONIMATO IN FORMATO CARTACEO ED ELETTRONICO PER OPERAZIONI ELEMENTARI**

☐ SI ☐ NO

Data  
Firma del dichiarante .....

### CONSENSO SPECIFICO AL DSE

Il consenso al "trattamento dei dati personali effettuato con il Dossier Sanitario Elettronico"

- non è obbligatorio,
- se concesso può essere revocato in qualsiasi momento e ,  
permette :
  - al cittadino di visualizzare i dettagli relativi ai propri eventi sanitari ( referti di visite ed esami, prescrizioni, ricoveri, visite specialistiche, eventi di Pronto Soccorso ) registrati da A.S.L.2 Savonese.
  - agli specialisti aziendali ed al personale sanitario che segue il paziente di accedere e consultare, quando in cura e nei casi di emergenza, la sua storia clinica registrata da A.S.L.2 Savonese
- se non concesso comporta che i dati sanitari raccolti da ASL 2 nelle sue strutture non saranno registrati sulla rete informatica (ONE.SYS), fatti salvi gli adempimenti di natura contabile ed amministrativa previsti per legge

### COME ESPRIMERE IL CONSENSO

- compilando e firmando il modulo di consenso
- per i minorenni ed i cittadini sotto tutela, il genitore ovvero il tutore/legale rappresentante può compilare il modulo del consenso riferito al minorenne/ tutelato, completando anche la sezione con i dati del genitore o di chi esercita la potestà ( per i minori ) o del tutore e rendendo la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

### CONSENSO FACOLTATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Letta e compresa l'Informativa relativa al trattamento dei propri dati personali compresi quelli di salute ed esclusi i dati soggetti ad anonimato per legge (di norma oscurati automaticamente ) effettuato da ASL 2 tramite il proprio personale con il Dossier Sanitario Elettronico e consapevole che il relativo consenso è FACOLTATIVO,

L'/La interessato/a ,  
cognome .....  
nome.....  
Nato/a.....  
il.....  
Residente in .....  
Via/P.zza.....n.....  
Documento d'identità n .....  
rilasciato da .....  
Tessera sanitaria/ cod fisc .....

- ☐ in nome proprio  
☐ in qualità di legale rappresentate del sig

cognome .....  
nome.....  
Nato/a.....  
il.....  
Residente in .....  
Via/P.zza.....n.....  
Documento d'identità n .....  
rilasciato da .....  
Tessera sanitaria/ cod fisc .....

**ESPRIME IL CONSENSO FACOLTATIVO ALLA COSTITUZIONE DEL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ED ALLA SUA INTEGRAZIONE CON I DATI DI SALUTE PRODOTTI DA ASL2, DA ORA IN POI, ESCLUSI I DATI SOGGETTI AD ANONIMATO E SALVO L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI OSCURAMENTO / NON VISIBILITÀ A DOSSIER DA ESERCITARSI, CASO PER CASO, ALL'ATTO DI FORMAZIONE DEL DATO/DOCUMENTO**

☐ SI ☐ NO

Data  
Firma del dichiarante .....

**ESPRIME IL CONSENSO AD INSERIRE NEL PROPRIO DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO I DATI DI SALUTE PREGRESSI, ELABORATI DA ASL2 A DECORRERE DAL 2001 AD OGGI, CON ESCLUSIONE DEI DATI SOGGETTI AD ANONIMATO, DI NORMA OSCURATI AUTOMATICAMENTE DALL' AZIENDA**

☐ SI ☐ NO

Data  
Firma del dichiarante .....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(parte da compilare con i dati di chi esercita la potestà /tutela )

Il/la sottoscritto/a  
cognome .....  
nome.....  
Nato/a.....  
il.....  
Residente in .....  
Via/P.zza.....n.....  
documento d'identità n°.....  
rilasciato da .....

**Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, DICHIARA , sotto la propria responsabilità :**

☒ di esercitare la potestà nei confronti del minore sopra indicato

Ovvero di essere :

- ☐ il tutore  
☒ il curatore  
☐ l' amministratore di sostegno del paziente sopra indicato

L'originale cartaceo di informativa e consenso contenuti in questo documento ( composto da tre facciate) viene rilasciato al sottoscrittore per la conservazione il quale firma anche per ricevuta

Data

Firma del dichiarante.....