



Azienda Sanitaria Provinciale Enna

Ed. 1

Gentile utente,

ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196,
Il Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n°4 Enna,
nella qualità di Titolare del trattamento dei dati personali *n/o* sensibili,

Le comunica che i dati che Lei ci fornisce all'atto di sottoporsi alla prestazione sanitaria, rientrano nel novero dei dati cosiddetti "sensibili" di cui al comma 1, lett. d) dell'articolo 4 del Decreto Legislativo citato; vale a dire i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

I dati che Lei ci fornisce sono necessari:

- ai fini della corretta compilazione dei referti diagnostici e/o terapeutici e dell'adozione delle soluzioni necessarie per la salvaguardia delle condizioni ottimali della salute, sia nei confronti della Sua persona che a tutela di terzi o della collettività e serviranno per rilevare il Suo stato attuale di salute;
- ai fini del regolare adempimento degli oneri amministrativi e fiscali connessi alla prestazione sanitaria nonché dell'archiviazione, custodia e rilascio, previa regolare richiesta, agli interessati o agli aventi diritto, degli atti e dei documenti sanitari prodotti.

L'eventuale comunicazione e/o diffusione dei Suoi dati potrà avvenire esclusivamente quando ciò sia previsto da una legge o da un regolamento oppure, nella ipotesi in cui la comunicazione avvenga nei confronti di altro Ente Pubblico non economico, risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali oppure per esclusivi scopi scientifici o statistici; in quest'ultimo caso le eventuali comunicazioni avverranno in forma anonima, senza cioè menzione dei Suoi dati anagrafici.

In particolare il Titolare Le comunica che:

- I Suoi dati personali (iniziali, informazioni anagrafiche, dati clinici nonché i dati idonei a rilevare il Suo stato di salute) potranno essere elaborati ed archiviati in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata, per le esclusive finalità connesse con l'espletamento delle prestazioni sanitarie.
- I Suoi diritti, in relazione all'accesso ai Suoi dati personali, sono quelli di cui all'articolo 7 del decreto legislativo citato e sono azionabili, con le modalità di esercizio stabilite dall'articolo 9, del medesimo decreto rivolgendosi al Responsabile del Trattamento, in calce segnato.
- Ella ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in maniera intelligibile. (art.7 punto 1).
- Ella ha diritto di ottenere indicazioni dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità di trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici. (art.7, punto 2, lett.a, b, c).
- Ella ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati. (art.7, punto 3, lett.a, b).
- Ella ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta ... (omissis) (art.7, punto 4 lett.a)
- In caso di riscontro ad una Sua specifica richiesta, i dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute Le saranno notificati dal Titolare o dal Medico da Lei designato.

— il ritiro della documentazione sanitaria inerente la prestazione sanitaria potrà essere effettuata personalmente esibendo un Suo documento di riconoscimento. È in Sua facoltà provvedere al ritiro della predetta documentazione sanitaria tramite un Suo incaricato o procura per mezzo di delega scritta, unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un Suo documento di riconoscimento. La documentazione richiesta Le sarà rilasciata in busta chiusa.

— Il Responsabile del trattamento dei dati personali *n/o* sensibili designato è l/la

Dott.
(Responsabile della Struttura che ha erogato la prestazione sanitaria)

CONSENSO DELL' UTENTE INTERESSATO ALLE PRESTAZIONI

l/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003, esprime non esprime * il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali dichiarando che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili"

Acconsente; inoltre, fin d'ora, che possono essere fornite notizie, in ordine al proprio stato di salute, alle sotto indicate persone

Cognome Nome

Nato a Il

Cognome Nome

Nato a Il

Cognome Nome

Nato a Il

Data

Firma dell'Interessato

.....

* AVVERTENZE:

Il mancato consenso al trattamento dei dati, ferma restando la garanzia della prestazione sanitaria, può comportare, tuttavia, difficoltà. e/o pregiudizi collegati alla necessità dell'uso dei dati in questione.

Restano fermi, comunque, gli obblighi imposti dalla vigente normativa in tema di tutela della salute collettiva e della sicurezza sociale.

In ogni caso, l'Azienda dovrà rendere accessibili i dati su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, dell'Autorità Sanitaria e/o su richiesta dell'Istituto Assicuratore se l'utente è titolare di polizza assicurativa.

Firma del Tutore congiunto

(nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato - articolo 24 D.Lgs. 196/2003).

SOTTOSCRIZIONE PER NON RENDERE NOTA LA PRESENZA NELLA STRUTTURA SANITARIA

l/la sottoscritto/a chiede che non venga resa nota la propria presenza in questa Struttura a

Data

Firma dell'Interessato

.....