

INFORMATIVA SINTETICA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR), ex D. Legisl. 30/06/03 n. 196 (Legge sulla Privacy), art. 13

Gentile paziente, la recente legge richiede che Lei esprima il suo consenso al trattamento, da parte del suo medico, dei dati che riguardano la sua salute e gli altri suoi dati personali.

Il suo Medico dovrà prendere visione, per poter effettuare la diagnosi delle sue malattie e per procedere alle necessarie cure, di analisi, referti specialistici, e altre informazioni fornite da Lei o da altri medici che la seguono. Potrà essere necessario, inoltre, che il suo medico renda accessibili dati che la riguardano alle Autorità Sanitarie o ad altri medici che effettueranno consulenze specialistiche, al medico sostituto o ad altre persone da Lei indicate. Questi dati saranno conservati in un archivio, protetti da sottrazione o alterazione mediante appositi sistemi di gestione e di archiviazione. Il Suo medico, il personale dipendente e gli altri eventuali sanitari tratteranno i Suoi dati solo nei limiti strettamente necessari allo svolgimento del Loro compiti, e ne proteggeranno la riservatezza, nel rispetto delle norme vigenti.

E' perciò indispensabile un suo esplicito consenso, da fornire una sola volta e ritirabile in qualsiasi momento qualora decidesse di interrompere il rapporto di fiducia.

Riportiamo qui sotto una sintesi delle norme attuali, che saranno integrate oralmente dal Medico, al quale può inoltre chiedere qualsiasi chiarimento.

DIRITTI DELL'INTERESSATO Art. 7 e ss. (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano...

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati...

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte... per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano...

CONSENSO INFORMATO - TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a.....

nato/a a.....il.....

residente a.....via.....n.....

Codice Fiscale dell'interessato.....

Genitore del minore.....

nato/a a..... il.....

assistito dal Dott./ssa..... da me scelto come medico di fiducia, e dallo stesso informato sulla scelta terapeutica e sui diritti e limiti di cui agli artt. 13 e 14 GDPR Reg. UE n. 2016/679 (ex D. L. 30 Giugno 2003 n. 196), concernente "**La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali**", letto anche quanto sopra riportato

ESPRIMO IL MIO CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZO

- al trattamento dei miei dati personali e sensibili (art. 7 e ss. GDPR Reg. UE 2016/679) esclusivamente ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e prestazioni connesse **SI NO**,
- alla scelta della terapia (convenzionale e non) sempre nel rispetto dei protocolli internazionali, e del corretto uso delle terapie salvavita già in atto oppure proposte dallo stesso dottore in Scienza e Coscienza per il benessere dell'interessato **SI NO**,
- al trattamento dati sec. Dlgs 175/2014 per Mod. 730 precompilato **SI NO**

il suddetto Dottore, direttamente o tramite personale operante sotto la sua responsabilità.

- Autorizzo inoltre al trattamento di tali dati, esclusivamente per i fini suddetti, gli specialisti di cui egli vorrà avvalersi; sono altresì autorizzati, esclusivamente su mia richiesta e per i medesimi fini, il medico sostituto e i sanitari che svolgono (in base alle norme attuali) attività in associazione con il mio Medico di fiducia del SSN **SI NO**

Dott./ssa..... CF.....

via..... città.....

Data: Milano.....

timbro

FIRMA DEL PAZIENTE

(o di chi esercita la patria potestà del minore)