

## INFORMATIVA SINTETICA AI SENSI DEL D.LGS 30/06/03 N.196

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, o al medico sostituto. Questi dati saranno conservati in un archivio magnetico, 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 dei 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 (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 50 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 AL TRATTAMENTO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ documento (o  
cod.reg.) n. \_\_\_\_\_ genitore del minore \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ assistito dal Dottor \_\_\_\_\_ da me  
scelto come medico di Fiducia e dallo stesso informato sui diritti e sui limiti di cui al D.Lgs. 30  
giugno 2003 n.196, concernente **“La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al  
trattamento dei dati personali”**, letto anche quanto riportato sopra

### **ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO**

al trattamento dei miei dati personali e sensibili, esclusivamente ai fini di diagnosi, cura e prestazioni connesse, il suddetto Dottor \_\_\_\_\_ direttamente o tramite personaleoperante sotto la sua responsabilità. Autorizzo inoltre al trattamento di tali dati, 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, qui indicati nominativamente (salvo altri):

- Dott.ri \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ FIRMA del paziente (o esercente la patria potestà) \_\_\_\_\_