

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro,

Io sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a a il ____ / ____ / ____ codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

per sé **oppure** in qualità di: Tutore

Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Legale rappresentante

di (nome e cognome)

nato/a a il ____ / ____ / ____ codice fiscale

residente a (Comune, Prov.) via (indirizzo)

Ricevuta l'informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata anche sul sito www.olomed.it e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati relativi alla salute,
2. con riferimento a dossier sanitario e fascicolo sanitario, i consensi potranno essere modificati o revocati in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura;
4. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi alla Direzione di Olomed S.r.l., (di seguito "Olomed")
5. qualora il consenso sia rifiutato, potranno egualmente essere fruiti i servizi di cui alle attività istituzionali, tuttavia in maniera meno efficace.

Dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute con lo strumento del dossier sanitario elettronico da parte di Olomed, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLA SALUTE CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E/O CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

SEZIONE A - CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)

(“contenitore” di dati prodotti da Olomed, consultabili all’interno della stessa)

A1) Acconsento alla costituzione del dossier sanitario elettronico e all’inserimento nel dossier sanitario elettronico di tutti i dati prodotti da ora in poi

SI (si vada al punto A2) NO (si vada direttamente alla sezione B)

A2) acconsento all’inserimento nel dossier sanitario elettronico anche di tutti i dati precedenti trattati

SI (si vada alla sezione B) NO (si vada alla sezione B)

SEZIONE B - CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

(“contenitore” di dati prodotti da Olomed e consultabili anche da altri enti e professionisti sanitari del Servizio Sanitario Regionale [di seguito “SSR”])

B1) Acconsento all’inserimento nel fascicolo sanitario elettronico di tutti i dati prodotti da ora in poi

SI (si vada al punto B2) NO (si vada direttamente alla sezione C)

B2) Acconsento all’inserimento nel fascicolo sanitario elettronico anche di tutti i dati pregressi

SI (si vada alla sezione C) NO (si vada alla sezione C)

SEZIONE C - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE (con l’obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)

C1) Acconsento che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologia, formazione e studio di patologie

SI NO

2) CONSENSO ALL’INVIO DI SMS/MAIL DI PROMEMORIA

1) Acconsento all’invio da parte di Olomed di sms/mail esclusivamente di promemoria per rammentare la data e l’ora degli appuntamenti programmati SI NO

2) A tal fine comunico il recapito a cui spedire il promemoria

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.

In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia).

Data / / 20.....

Firma

Firma estesa e leggibile