

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, SENSIBILI E CLINICI PER LA CONTINUITÀ DELLE CURE PER MINORI CON BISOGNI COMPLESSI

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI

Gentili genitori o altro rappresentante legale, al fine di garantire un corretto e rispettoso passaggio di informazioni riguardanti l'assistito/a, dal nostro Istituto IRCCS Burlo Garofolo ai servizi dell'ASUITs, al medico curante (Pediatra Libera Scelta, Medico Medicina Generale) ed, eventualmente, ad altre strutture coinvolte, che operano sul territorio in continuità assistenziale, è necessario il **consenso al trattamento dei dati personali** (es. nome, cognome, indirizzo, numero di telefono, codice fiscale), **sensibili** e **clinici** (dati concernenti la salute), indispensabile per attivare servizi e professionisti per le cure domiciliari.

Per assicurare la continuità terapeutica e assistenziale delle prestazioni e l'eventuale presa in carico, si chiede pertanto di esprimere, nell'interesse dell'assistito/a, il consenso affinché gli operatori dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste possano comunicare con quelli dell'ASUITs ed il medico curante, riguardo la situazione clinica dell'assistito/a rappresentato/a e, se necessario, effettuare incontri di rete tra i professionisti coinvolti nel progetto di cura. In tale contesto, entrambi gli enti sono tenuti ad utilizzare i dati in loro possesso nel rispetto di quanto stabilito dal decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ai soli fini di prevenzione, diagnosi e trattamento.

È prevista l'attivazione del Servizio Sociale: Ospedaliero dell'Azienda Sanitaria del Comune

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io¹/noi, consapevole/i che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia/nostra responsabilità dichiaro/dichiariamo (art.46 e 47 DPR 18.12.2000, n. 445):

Io/Noi sottoscritto/i _____

Nome

Cognome

Data di nascita

residente a _____

Comune e Provincia

Indirizzo (via, ...)

In qualità di: Esercente la responsabilità genitoriale Tutore Amministratore di sostegno

Io/Noi sottoscritto/i _____

Nome

Cognome

Data di nascita

residente a _____

Comune e Provincia

Indirizzo (via, ...)

In qualità di: Esercente la responsabilità genitoriale Tutore Amministratore di sostegno

dell'assistito/a _____

Nome

Cognome

Data di nascita

domiciliato/a a _____

Comune e Provincia

Indirizzo (via, ...)

residente a _____

Comune e Provincia

Indirizzo (via, ...)

DICHIARO/DICHIARIAMO

di aver compreso il contenuto dell'informativa e di essere a conoscenza della possibilità di revocare il presente consenso in qualsiasi momento prima del trasferimento delle informazioni e, infine, di acconsentire liberamente e consapevolmente al trattamento dei dati personali, sensibili e clinici da parte dell'IRCCS Burlo Garofolo e dell'ASUITs/altri enti, titolari del trattamento, come di seguito espresso:

ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO

Trieste, _____

Data

Firma leggibile del legale rappresentante

Firma leggibile del legale rappresentante

¹ In casi eccezionali di assenza giustificata di uno dei due genitori, il genitore presente autocertifica sul Mod. 0199 il consenso del genitore assente. LA PRESENTE DICHIARAZIONE DI CONSENSO NON SOSTITUISCE MA INTEGRA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (GE. CO)