

## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLA SALUTE PER L'ATTIVAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

### INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI

Gentile Assistita/o/Gentili genitori o altro Rappresentante Legale, al fine di garantire un corretto e rispettoso passaggio di informazioni riguardanti l'assistito/a dal nostro Istituto ai servizi dell'Azienda Sanitaria di riferimento, al medico curante (Pediatra Libera Scelta, Medico Medicina Generale) ed, eventualmente, ad altre strutture che operano sul territorio in continuità assistenziale, è necessario esprimere il proprio **consenso al trattamento dei dati personali** (es. nome, cognome, indirizzo, numero di telefono, codice fiscale), e **relativi alla salute**, indispensabile per attivare servizi e professionisti all'esterno dell'ospedale.

Per assicurare la continuità delle cure per l'assistito/a nel passaggio dai servizi ospedalieri a quelli territoriali, si chiede pertanto di esprimere, nell'interesse dell'assistito/a, il consenso affinché il personale dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste possa comunicare con quello dell'Azienda Sanitaria di riferimento/di altri Enti ed il medico curante, riguardo la situazione clinica dell'assistito/a e, se necessario, effettuare incontri di rete tra i professionisti coinvolti nel progetto di cura. In tale contesto, tutti gli enti coinvolti sono tenuti ad utilizzare i dati in loro possesso nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa vigente<sup>1</sup>, ai soli fini di prevenzione, diagnosi e cura.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io<sup>2</sup>/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):

In qualità di:  Assistito/a  Esercente la Responsabilità Genitoriale  Tutore  Amministratore di Sostegno

**Dati dell'Assistito/a:** \_\_\_\_\_  
*Nome* *Cognome* *Data di nascita*  
 residente a \_\_\_\_\_  
*Comune e Provincia* *Indirizzo (via, ...)* *Recapito telefonico*  
 Documento identificativo \_\_\_\_\_  
*Documento* *Numero Identificativo*

#### Dati dell'Eventuale/i Rappresentante/i Legale/i:

Genitore/Tutore \_\_\_\_\_  
*Nome* *Cognome* *Data di nascita*  
 Documento identificativo \_\_\_\_\_  
*Documento* *Numero Identificativo* *Recapito telefonico*  
 Genitore/Tutore \_\_\_\_\_  
*Nome* *Cognome* *Data di nascita*  
 Documento identificativo \_\_\_\_\_  
*Documento* *Numero Identificativo* *Recapito telefonico*

#### 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 da parte dell'IRCCS Burlo Garofolo ai fini e con le modalità sopra descritte, come di seguito espresso:

NON ACCONSENTO/NON ACCONSENTIAMO

ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO alla comunicazione con/attivazione di:

- Servizi territoriali dell'Azienda Sanitaria di riferimento: \_\_\_\_\_
- Servizio Sociale del Comune: \_\_\_\_\_
- Medico curante (MMG/PLS): \_\_\_\_\_

Trieste, \_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_ *Firma dell'assistito/a*

\_\_\_\_\_ *Firma leggibile del legale rappresentante*

\_\_\_\_\_ *Firma leggibile del legale rappresentante*

<sup>1</sup> Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE n. 679/2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016; Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)" (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018); Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

<sup>2</sup> 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).