



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
FATEBENEFRAELLI

Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 – Tel. (06) 3355906 – 33253520 Fax – Iscritto al R.P.G. n° 666/87 – C.F. 00443370580 – P. IVA 00894591007

MOD_001 - Rev1 08.08.18

**MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI FINI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE E PER L'ESPRESSIONE DEL
CONSENSO ALLA CREAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**

Io sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente _____
Codice Fiscale _____

[] Genitore [] Tutore [] Legale Rappresentante **(barrare la voce che interessa)**

Cognome e nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente _____
Codice Fiscale _____

CONSAPEVOLE CHE:

il consenso al trattamento dei miei dati personali, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte.

DICHIARO

di aver letto e compreso il contenuto delle informative predisposte dalla Provincia Religiosa di San Pietro, titolare del trattamento, pubblicate anche sul sito istituzionale www.provinciaromanafbf.it (sezione "Privacy"), e presto liberamente ed in modo consapevole il consenso al trattamento dei miei dati personali, come di seguito espresso.

**CONSENSO GENERALE AL TRATTAMENTO DATI
(indispensabile per erogare le prestazioni richieste)**

[] SI [] NO

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati relativi alla salute, anche mediante strumenti elettronici, per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Questo consenso sarà valido per tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostiche e di ricovero eseguite o da eseguire, necessarie alla tutela della mia salute, nonché per gli adempimenti amministrativi e le attività connesse anche a finalità di stabilizzazione finanziaria ed economica (D.L. 78/2010), nell'ambito e per tutte le finalità di cui all'informativa predisposta dall'Ospedale, fatta salva una mia eventuale revoca o rettifica.

**OSPEDALE
"SAN PIETRO"**

Via Cassia, 600
00189 ROMA
Tel. 06 33581
Fax 06 33251424

**ISTITUTO
"SAN GIOVANNI DI DIO"**

Via Fatebenefratelli, 3
00045 GENZANO DI ROMA
Tel. 06.937381
Fax 06.9390052

**OSPEDALE
"SACRO CUORE DI GESU'"**

Viale Principe di Napoli, 14/A
82100 BENEVENTO
Tel. 0824.771111
Fax 0824.47935

**OSPEDALE
"BUON CONSIGLIO"**

Via Manzoni, 220
80123 NAPOLI
Tel. 081.5981111
Fax 081.5757643

**OSPEDALE
"BUCCHERI LA FERLA"
FATEBENEFRAELLI**

Via Messina Marine, 197
90123 PALERMO
Tel. 091.479111
Fax 091.477625



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO
(DSE)**

(“contenitore” informatico di dati sanitari prodotti dall’Ospedale allo scopo di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

Acconsento alla costituzione del dossier sanitario elettronico (DSE) tramite l’inserimento di:

SI NO tutti i dati relativi al mio stato di salute acquisiti in occasione della cura presso l’Ospedale in relazione ai singoli eventi clinici a partire dalla data odierna (fatto salvo il mio diritto di chiedere il mancato inserimento di determinati eventi clinici da me specificamente indicati).

SI NO tutti i dati relativi al mio stato di salute acquisiti in occasione della cura presso l’Ospedale in relazione ai singoli eventi clinici anteriori alla data odierna (se presenti).

ALTRI CONSENSI FACOLTATIVI

SI NO Acconsento all’utilizzo dei miei dati clinici, opportunamente codificati, nell’ambito di progetti di ricerca osservazionali retrospettivi e di attività di formazione.

SI NO Autorizzo la comunicazione delle informazioni relative al mio stato di salute a familiari e conviventi, salve mie specifiche contrarie manifestazioni di volontà.

SI NO Autorizzo la comunicazione a familiari e conviventi della mia presenza e dislocazione in Ospedale, salve mie specifiche contrarie manifestazioni di volontà.

SI NO Acconsento a rendere il mio referto di laboratorio analisi consultabile in modalità online, sul sito web aziendale, per 45 giorni dalla data di rilascio, tramite l’inserimento delle credenziali personalmente consegnatemi (servizio Referti On-Line).

Il presente consenso ha validità permanente, salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età

Data _____

Firma del dichiarante _____