CENTRO DIAGNOSTICO SABATINO
POLIAMBULATORIO - ANALISI CLINICHE - DIAGNOSTICA
PER IMMAGINI - RX - TAC - RMN
via Romana 10, 00061 Anguillara Sabazia (RM)
P.IVA 01297361006

CONSENSO INFORMATO AL PRELIEVO EMATICO A DOMICILIO

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a_____
il ____/____/_____

(1) in qualità di esercente la potestà sul minore_____

(2) in qualità di tutore del paziente_____

informato riguardo il tipo di trattamento medico-diagnostico da eseguire e precisamente riguardo:

☐ Prelievo ematico venoso;

DICHIARO di avere ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente relativa alla modalità di **prelievo** e alle possibili controindicazioni.

DICHIARO che mi è stata assicurata la disponibilità del personale medico della struttura a fornirmi ogni ulteriore informazione qualora lo richieda.

DICHIARO di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento prima del prelievo e di chiedere ogni informazione qualora lo desideri.

DI (barrare la scelta) ☐ **ACCETTARE** ☐ **NON ACCETTARE**

liberamente, spontaneamente ed in piena coscienza il **prelievo ematico venoso**.

Firma/e del/i soggetto/i interessato/i o legale rappresentante

Data ____/____/_____

_____

RITIRO REFERTI - DOCUMENTAZIONE SANITARIA
D E L E G A

Il/La Sig./Sig.ra _____ (delegato)
estremi del documento identificativo: Carta d'identità □ Patente □ Passaporto □
n°_____ rilasciato da_____ il ____/____/_____
al ritiro dei referti delle analisi cliniche riguardanti la propria persona eseguiti presso il proprio domicilio in data odierna
____/____/_____

ALLEGATO: fotocopia del documento di identità del delegante.
I dati saranno trattati esclusivamente ai fini della presente delega e nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Firma del Delegante

_____

Firma del Delegato

_____

CENTRO DIAGNOSTICO SABATINO
POLIAMBULATORIO - ANALISI CLINICHE - DIAGNOSTICA
PER IMMAGINI - RX - TAC - RMN
via Romana 10, 00061 Anguillara Sabazia (RM)
P.IVA 01297361006

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 del REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Gentile Sig. _____, Data accettazione ___/___/_____ N°_____

(da compilare per i minori di 16 anni) Genitore del minore _____

il **Centro Diagnostico Sabatino srl**, con sede in Via Romana, 10 ad Anguillara Sabazia (RM) P.IVA 01297361006, Tel. 06 996 8758 nella persona del suo Amministratore Dott. Rolando Morelli, in qualità di **TITOLARE DEL TRATTAMENTO DATI**, le rilascia ai sensi della normativa vigente le informazioni relative al trattamento dei dati personali suoi e del soggetto del quale Lei esercita la rappresentanza legale, ivi compresi quelli sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute. Conformemente a quanto disciplinato dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, desideriamo comunicarvi che il trattamento dei dati personali è effettuato soltanto con il suo consenso attraverso il **presente modulo di consenso** e per le finalità sotto riportate. Il consenso ha validità permanente ma potrà essere modificato o revocato in qualsiasi momento come riportato di seguito. **Finalità del trattamento dei dati personali e sensibili:** I Vs. dati personali anche sensibili saranno utilizzati per attività legate alla gestione organizzativa interna delle prestazioni fornite dal nostro laboratorio di analisi, la sezione di diagnostica per immagini, e dal poliambulatorio, per l'emissione dei titoli di pagamento (fatture e ticket), per comunicarle eventuali informazioni relative alle prestazioni da lei eseguite presso la nostra struttura, per comunicare notizie cliniche rilevanti al medico curante/prescrittore, per comunicare alla Regione Lazio ed agli altri organismi del SSN, i dati potranno essere inviati presso altre strutture sanitarie che esercitano per conto della nostra azienda servizi sanitari outsourcing. **Modalità del trattamento dei dati personali e sensibili:** Il Trattamento dati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, avviene con supporto cartaceo, i documenti contenenti i suoi dati personali saranno custoditi in apposito archivio protetto ed accessibile soltanto a personale autorizzato e con l'ausilio di strumenti elettronici o, comunque, automatizzati, informatici e telematici, con una logica finalizzata a consentire l'accesso e l'utilizzo da parte del solo personale autorizzato. **Trasferimento dei dati:** il titolare del trattamento non trasferisce dati personali in paesi terzi, tuttavia si riserva la possibilità di utilizzare servizi in cloud ed in tal caso il fornitore di servizi sono stati selezionati per le garanzie adeguate come previsto dall'art. 46 del Regolamento UE 2016/679. **Tempi di conservazione:** Nel rispetto di quanto previsto dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Reg. UE 2016/679, i dati personali e sanitari raccolti verranno conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati personali sono trattati. La conservazione dei dati di natura personale forniti viene determinata sulla base della normativa vigente in materia di conservazione dei dati per le strutture sanitarie, comunque per un periodo di regola non superiore ad anni 10. **Conseguenza del Consenso e del mancato consenso:** Il Centro Diagnostico Sabatino srl necessita di un suo specifico consenso per poter trattare i suoi dati. L'eventuale rifiuto a prestare il consenso per le finalità predette rende di fatto impossibile l'accesso alla prestazione sanitaria. **Diritti degli interessati:** In ogni momento l'interessato potrà esercitare i diritti di cui agli art.15,16,17,18, 19, 20 del Regolamento UE 2016/679 presentando istanza scritta al responsabile del trattamento Centro Diagnostico Sabatino srl mediante la mail privacy@centrosabatino.it e precisamente potrà accedere alle informazioni che lo riguardano e conoscere finalità, categorie di dati personali trattati, destinatari a cui i dati sono stati o saranno comunicati ed il periodo di conservazione dei dati stessi. L'interessato potrà inoltre avvalersi del diritto di proporre un reclamo alle autorità di controllo, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione (diritto all'oblio), e le limitazioni di trattamento dei propri dati personali. Tali rettifiche o cancellazioni dei dati personali o limitazioni del trattamento dovranno essere comunicate a tutti i destinatari cui sono stati trasmessi i dati; l'interessato ha inoltre il diritto di avvalersi della portabilità dei propri dati come previsto dalla normativa vigente. L'utente autorizza espressamente il Centro Diagnostico Sabatino srl ad inviare a mezzo web il referto relativo alle prestazioni effettuate, a tal fine dichiara che gli sono state fornite personalmente un codice Utente ed una password personale e univoca per poter visionare e stampare i referti con i propri dati sul sito www.cdsabatino.it, che saranno presenti 45 giorni e poi rimossi, si specifica che i dati stessi non saranno comunicati a terzi e che la trasmissione dei dati avverrà in maniera criptata. L'interessato autorizza altresi' il Centro Diagnostico Sabatino srl a concedere l'accesso da parte del proprio medico di fiducia agli archivi informatici del Centro limitatamente alla propria cartella clinica. Il titolare dei dati personali, infine, autorizza espressamente il Centro Diagnostico Sabatino srl a contattarlo al proprio indirizzo e-mail o recapito telefonico per fornirgli notizie ed informazioni su offerte e servizi erogati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI Art.7 e 8 Reg.EU 2016/679

Dichiaro di aver ricevuto e compreso le informazioni contenute nell'informativa di cui all'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e presente anche sul sito www.cdsabatino.it e consapevole che il trattamento riguarderà in particolare i dati personali e sensibili, PRESTO libero, consapevole, informato e specifico CONSENSO al trattamento ,anche con strumenti informatici e/o elettronici, dei dati personali e sensibili limitatamente ai servizi richiesti e necessari al Centro Diagnostico Sabatino srl.

Firma per ricevuta ed accettazione_____