

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
*nome e cognome*


<b>Da compilare da parte di <u>eventuali</u> legali rappresentanti</b>
_____, in qualità di _____ <i>nome e cognome</i> <span style="float: right;"><i>es. tutore, amministratore di sostegno</i></span>
di _____, come da autocertificazione <sup>1</sup> <i>nome e cognome del paziente</i>

avendo preso visione delle informative sul trattamento dei dati personali esposte presso il Centro e consultabili tramite i QR code riportati sul presente modulo (*Informativa privacy pazienti, Informativa privacy FEA e Informativa privacy DSE*),

**ACCONSENTE:**

<b>Refertazione da remoto</b>	al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute anche - laddove disponibili - con modalità informatiche per la <b><u>refertazione da remoto</u></b> <sup>2</sup> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Firma elettronica avanzata (FEA)</b>	al trattamento dei dati, inclusi quelli particolari, necessari per la <b>FEA</b> <sup>3</sup> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Dossier Sanitario Elettronico (DSE)</b>	<b>alla costituzione del DSE</b> <sup>4</sup> per permettere ai nostri professionisti di <b><u>migliorare il Suo processo di cura</u></b> .  <i>Lei stesso potrà <u>utilizzare il DSE autonomamente</u> richiedendo l'attivazione del portale TuoDossier<sup>5</sup>.</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	all'inserimento nel DSE di <b>informazioni</b> relative ad <b><u>eventi sanitari pregressi</u></b> <sup>6</sup> .	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	all'inserimento nel DSE di <b><u>"dati soggetti a maggiore tutela"</u></b> <sup>7</sup> (es. esiti HIV).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

\_\_\_\_\_, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Firma X** \_\_\_\_\_

<b>L'Informativa privacy pazienti e l'Autocertificazione</b> possono essere consultate e scaricate qui (selezionando il Centro di riferimento):	<b>L'Informativa privacy FEA</b> può essere consultata qui (selezionando la voce "Firma Elettronica Avanzata (FEA)"):	<b>L'Informativa privacy DSE</b> può essere consultata qui (selezionando la voce "Dossier Sanitario Elettronico (DSE)"):	Il modulo <b>Richiesta attivazione portale TuoDossier</b> può essere scaricato qui (selezionando la voce "Firma Elettronica Avanzata (FEA)"):
			

<sup>1</sup> È possibile scaricare l'Autocertificazione utilizzando il QR code riportato sul presente modulo.

<sup>2</sup> Questo consenso è facoltativo. Il mancato consenso non pregiudica la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste, ma comporta l'impossibilità di refertare da remoto, con conseguente possibile allungamento delle tempistiche.

<sup>3</sup> Questo consenso è facoltativo. Il mancato consenso non pregiudica la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie richieste, ma comporta l'impossibilità di usufruire del servizio di FEA. In questo ultimo caso, Le verranno forniti i medesimi documenti in formato cartaceo, che potrà firmare con firma autografa. Lei ha, inoltre, diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

<sup>4</sup> Questo consenso, facoltativo, consente ai Contitolari di costituire un insieme di informazioni personali riguardanti l'interessato il più possibile completo che documenti parte della storia sanitaria dello stesso **al fine di migliorare il Suo processo di cura attraverso un accesso integrato di tali informazioni da parte del personale sanitario coinvolto**. Il mancato consenso non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste. In tal caso, le informazioni sanitarie che riguardano l'interessato non saranno trattate in un DSE e resteranno disponibili solo al professionista sanitario che le ha redatte. Ciò significa che, qualora l'interessato non manifesti il proprio consenso al trattamento dei dati personali mediante il DSE, il professionista che lo prende in cura avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dallo stesso interessato e quelle relative alle precedenti prestazioni erogate dallo stesso professionista.

<sup>5</sup> È possibile richiedere l'attivazione del portale TuoDossier utilizzando il modulo *Richiesta attivazione portale TuoDossier*, disponibile presso il Centro o scaricabile utilizzando il QR Code riportato sul presente modulo.

<sup>6</sup> Questo consenso, facoltativo, consente ai Contitolari di inserire nel DSE anche eventi sanitari pregressi alla costituzione del DSE stesso, **che si sono sviluppati presso le strutture sanitarie di Alliance Medical**. Si ricorda che il DSE include solo le informazioni cliniche derivanti dagli accessi del paziente nelle strutture sanitarie di Alliance Medical che utilizzano il DSE e non anche quelle relative agli accessi effettuati presso altre strutture pubbliche e private. Il mancato consenso non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

<sup>7</sup> Questo consenso, facoltativo, consente ai Contitolari di inserire nel DSE anche eventuali "dati soggetti a maggior tutela", identificati dalla normativa in: atti di violenza sessuale o di pedofilia, infezioni da HIV o uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato e ai servizi offerti dai consultori familiari. Le strutture di Alliance Medical gestiscono soltanto alcuni di questi dati (es. infezioni da HIV). Il mancato consenso non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.