


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

|  |   |
|--|---|
| <b>Da compilare da parte di <u>eventuali</u> tutori o amministratori di sostegno</b> |   |
| _____  | _____   |
| <i>nome e cognome</i>  | <i>es. tutore, amministratore di sostegno</i> |
| di _____, come da autocertificazione <sup>1</sup>                                    |   |
| <i>nome e cognome del paziente</i>   |   |

presa visione dell'*Informativa privacy DSE*<sup>2</sup>,  
**ACCONSENTE:**

|  |   |
|--|---|
| a) <b>alla costituzione del DSE<sup>3</sup> per permettere ai nostri professionisti di <u>migliorare il Suo processo di cura</u>.</b><br><i>Lei stesso potrà <u>utilizzare il DSE autonomamente</u> richiedendo l'attivazione del portale <i>TuoDossier</i><sup>4</sup>.</i> | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| b) all'inserimento nel DSE di <b>informazioni</b> relative ad <b><u>eventi sanitari pregressi</u></b> <sup>5</sup> .   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| c) all'inserimento nel DSE di " <b><u>dati soggetti a maggiore tutela</u></b> " <sup>6</sup> (es. esiti HIV).  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>L'<i>Informativa privacy DSE</i></b><br>può essere consultata qui<br><i>(selezionando la voce</i><br>" <i>Dossier Sanitario</i><br>Elettronico (DSE) <i>")</i> : | <b>L'<i>Autocertificazione</i></b> può<br>essere scaricata qui<br><i>(selezionando il Centro di</i><br><i>riferimento)</i> : | Il modulo <b><i>Richiesta attivazione portale</i></b><br><b><i>TuoDossier</i></b> può essere scaricato qui<br><i>(selezionando la voce "<i>Firma Elettronica</i></i><br><i>Avanzata (FEA)<i>")</i>: </i> |
|    |  |  |

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

<sup>2</sup> È possibile consultare l'*Informativa privacy DSE* presso il Centro o utilizzando il QR code riportato sul presente modulo.

<sup>3</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>4</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>5</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>6</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.