

Dr. VERONESI Vanni

Sito web www.vanniveronesi.com

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 4: protezione dei dati personali e tutela della riservatezza

Protezione dei Dati Personali e Tutela della Riservatezza

Informativa - art.13 Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (D.lgs.196/03)

Perché leggere questa informativa?

Il Dr. Veronesi Vanni utilizzerà una serie di informazioni che la riguardano, e lei ha il diritto di essere informato/a su quali siano queste informazioni, per quali scopi e secondo quali modalità saranno utilizzate, a chi potranno essere comunicate, ecc. Soprattutto sarà lei, tramite il suo consenso, a scegliere se autorizzare o meno il Dr. Veronesi Vanni, dopo essere stato/a informato/a sulla natura obbligatoria o facoltativa del consenso e sulle conseguenze del mancato consenso.

Quali informazioni che la riguardano saranno acquisite ed utilizzate dal Dr. Veronesi Vanni?

Sia informazioni di carattere generico (dati anagrafici, recapiti postali, telefonici, immagini, etc.) sia informazioni riguardanti lo stato di salute, quest'ultime definite dalla normativa come dati "sensibili" *. Queste informazioni potranno essere fornite da lei o acquisite tramite documentazione sanitaria nel corso di accertamenti o visite. In particolare, i dati "sensibili" possono essere trattati solo con il suo consenso o con quello dei soggetti autorizzati **, documentato per iscritto. Il consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso fino all'eventuale revoca o rettifica.

Quali finalità verranno perseguite con le informazioni acquisite?

Previo suo distinto consenso per ogni finalità indicata, le informazioni saranno utilizzate:

- per **finalità di diagnosi e cura** (inclusi i controlli successivi) e per attività istituzionali ad esse correlate, di tipo amministrativo, statistico, di miglioramento della qualità e della sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali.
- per **finalità di ricerca scientifica** in ambito medico-biomedico. In particolare, per determinare eventuali correlazioni tra le informazioni sul suo stato di salute e i risultati dei trattamenti a cui è stato o sarà sottoposto. I risultati potrebbero contribuire al progresso della ricerca, anche nel suo caso personale, e potranno essere resi noti solo se è garantito il suo anonimato.
- Inoltre, le informazioni anagrafiche, i recapiti postali, telefonici e di posta elettronica, potranno essere utilizzati per **l'inoltro di ulteriori comunicazioni** da parte del Dr. Veronesi Vanni e/o del personale addetto alla parte amministrativa della SECOND OPINION.

Cosa succede in caso di negazione del suo consenso alle finalità indicate?

- Per le **finalità di diagnosi e cura**, il consenso all'utilizzo dei dati personali e sensibili è indispensabile e il mancato consenso comporta l'impossibilità di fornire qualunque prestazione, salvo, ovviamente, le situazioni caratterizzate da urgenza, previste dalla normativa, per le quali, anche senza consenso, si procede al trattamento dei dati funzionali all'esecuzione delle attività sanitarie indispensabili.

In che modo le informazioni saranno trattate?

Mediante supporto cartaceo e strumenti elettronici, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e mediante l'adozione di congrue misure di sicurezza. Il periodo di conservazione dei dati dipenderà dal tipo di documento che li contiene. Per conoscere i tempi di conservazione dei diversi documenti, occorre rivolgersi al Responsabile del Trattamento dei Dati Personali di seguito indicato.

Dr. VERONESI Vanni

Sito web www.vanniveronesi.com

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 4: protezione dei dati personali e tutela della riservatezza

A chi potranno essere comunicate le informazioni relative al suo stato di salute?

Tali informazioni non saranno comunicate a terzi, salvo che sia necessario o previsto da leggi vigenti. Potranno essere fornite informazioni sul suo stato di salute ai familiari e ai conoscenti solo previa sua esplicita autorizzazione.

Chi è il titolare del trattamento?

È il Dr. Veronesi Vanni, Ospedale “Degli Infermi”, Viale Stradone 9, Faenza (RA), AUSL della Romagna.

Riepilogo principali consensi richiesti per il trattamento dei dati personali e sensibili.

Le sarà chiesto di manifestare per iscritto i seguenti consensi che saranno considerati validi per ogni ulteriore accesso sino ad eventuale revoca o rettifica:

- al trattamento dei dati personali e sensibili, per finalità di diagnosi e cura e per attività istituzionali ad esse correlate di tipo amministrativo, statistico, miglioramento della qualità e della sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali;
- al trattamento dei dati personali e sensibili per finalità di ricerca scientifica in ambito medico e biomedico. I risultati potrebbero contribuire al progresso della ricerca ed essere resi noti solo se l'anonimato è garantito.

Consegna referto Second Opinion

Il referto della Second Opinion può essere consegnato solo a lei e verrà inviato all'indirizzo e-mail che lei fornirà.

* Per dati sensibili si intendono “i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale” (lett. d, comma 1, art.4 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

** Nel caso l'interessato non possa prestare il suo consenso per impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato (lett. B, comma 4 art. 26 e comma 2, art 82 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali).

Allegare

- *Copia di un documento di riconoscimento dell'interessato (eccetto minori)*
- *Copia di un documento di riconoscimento di chi manifesta i consensi (se diverso dall'interessato)*

Dr. VERONESI Vanni

Sito web www.vanniveronesi.com

Canale YouTube <https://www.youtube.com/@veronesisectionfilumterminale>

SECOND OPINION

MODULO 4: protezione dei dati personali e tutela della riservatezza

Il/la sottoscritto/a (*)

Nominativo: _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

(*) Qualora Lei non sia il diretto interessato (paziente), barri una delle caselle di seguito indicate:

- Legale rappresentante (diverso dal genitore)
- Genitore (in caso di minore)
- Rappresentante della struttura presso cui dimora l'interessato

Riferimenti diretto interessato:

Cognome e Nome (paziente): _____

Data di nascita: ____ / ____ / ____

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali (D.lgs. n.196 del 30 giugno 03), e consapevole inoltre che tale consenso sarà considerato valido per ogni ulteriore accesso sino a eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato, acconsente:

- al trattamento dei dati personali e sensibili per **finalità di diagnosi e cura** (inclusi i controlli successivi) e per attività istituzionali ad esse correlate, di tipo amministrativo, statistico, miglioramento della qualità e della sicurezza dei percorsi clinico-assistenziali;
- al trattamento dei dati genetici per finalità di diagnosi e cura:

Si No

- al trattamento dei dati sensibili per finalità di ricerca scientifica in ambito medico e biomedico (esclusi i dati genetici). In particolare, per determinare eventuali correlazioni tra le informazioni sul suo stato di salute e i risultati dei trattamenti a cui è stato o sarà sottoposto. I risultati potrebbero contribuire al progresso della ricerca, anche nel suo caso personale, e potranno essere resi noti solo garantendo il suo anonimato:

Si No

- al trattamento dei dati personali (informazioni anagrafiche, i recapiti postali, telefonici e di posta elettronica) per l'inoltro di ulteriori comunicazioni da parte del Dr. Veronesi Vanni o del personale amministrativo dell'AUSL della Romagna:

Si No

Data ____ / ____ / ____ Firma _____