



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino

☎ 011/5661566 ☎ 011/4393111

**S.C. Direzione Sanitaria Martini e Oftalmico**  
**MODULO DI CONSENSO**  
**Informativa art. 13 D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.**

Gentile Signora/e

Desidero informarLa che il D.Lgs. N. 196 del 30/06/2003 prevede la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Tale trattamento pertanto sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 della suddetta normativa, Le fornisco quindi le seguenti informazioni:

- a. I dati personali e sensibili che La riguardano e da Lei forniti, saranno trattati nel rispetto della normativa sopraccitata e degli obblighi di riservatezza ai quali gli Ospedali Oftalmico e Martini sono tenuti. In particolare i dati definiti sensibili, tra i quali "i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale", saranno oggetto di trattamento, solo con il consenso scritto dell'interessato e nel rispetto dell'autorizzazione generale rilasciata dal Garante per la protezione dei dati personali;
- b. Il trattamento dei dati ha una durata illimitata;
- c. I dati saranno trattati per fini diagnostici – terapeutici (ad es. la compilazione della cartella clinica e della scheda infermieristica, contenente dati di carattere anagrafico, amministrativo, fiscale, sanitari, per la stesura di referti e certificazione e quant'altro attiene il percorso terapeutico del paziente), amministrativi (ad es. per la redazione di documenti obbligatori ai fini fiscali come le fatture o ricevute fiscali, per la gestione dei reclami, ecc.). Inoltre potranno essere trattati in forma anonima sia per le indagini epidemiologiche che per i fini di ricerca scientifica e/o per sondaggi inerenti le qualità delle prestazioni ricevute dagli Ospedali in questione;
- d. Il trattamento dei dati avverrà mediante supporto cartaceo e mediante strumenti automatizzati; l'accesso ed il trattamento dei dati consentiti sono consentiti dal personale di questi Presidi Ospedalieri, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di tutela dei dati personali e con l'adozione delle misure minime di sicurezza;
- e. La raccolta delle informazioni che La riguardano è necessaria ed indispensabile per il raggiungimento delle finalità di cui al punto a), pertanto ha carattere di obbligatorietà;
- f. I dati oggetto di trattamento potranno essere comunicati, in base alle norme vigenti e per quanto di competenza alle Aziende Sanitarie Locali e, previa specifica richiesta, all'autorità giudiziaria ed ad ogni altro Ente destinatario per legge o per regolamento;
- g. La diffusione dei dati sensibili inerente lo stato di salute non è consentita, salvo nel caso in cui sia necessaria per finalità di prevenzione, accertamento o repressione dei reati, con l'osservanza delle norme che regolano la materia;
- h. Lei potrà rivolgersi presso le Direzioni Sanitarie degli Ospedali testé citati per chiedere informazioni in merito alla persona individuata come responsabile dei suoi dati e per far valere in relazione degli stessi, i Suoi diritti così come indicato dell'art. 7 del D.Lgs. Del 30 giugno 2003, tra i quali in particolare il diritto di ottenere:
  - La conferma dell'esistenza presso i Presidi Ospedalieri di dati personali che la riguardano, e la comunicazione, in forma intelligibile, dei medesimi dati,
  - La cancellazione o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - L'aggiornamento, la rettifica, ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.

Alla luce di quanto sopra Le raccomando di compilare il modulo allegato.

Il personale di reparto e degli uffici è a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Il Direttore Sanitario  
Dott.ssa Elisabetta Sardi



**OSPEDALE OFTALMICO**

**MODULO DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto/a ..... nato/a.....  
Il ..... residente a .....  
Corso/Via/Piazza..... tel. ....

**MINORE**

Il sottoscritto/a..... nato/a.....  
Il ..... residente a .....  
Corso/Via/Piazza..... tel. ....  
 MADRE  PADRE  AFFIDATARIO del minore .....

**INTERDETTO/A-CURATELA**

Il sottoscritto/a .....  
tutore dell'interdetto/a-curatela Sig./a .....  
nato/a ..... residente a.....  
in Corso/Via/Piazza..... tel.....

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13. D.Lvo 196/2003 (vedi retro) dal titolare del trattamento, preso atto dei diritti a me riconosciuti dall'art. 7 del suddetto decreto, consapevole che i trattamenti riguarderanno anche dati sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, come descritto nella lettera di informativa, e che il consenso sarà considerato valido per ogni ulteriori accesso sino ad eventuale revoca o rettifica da parte dell'interessato

**presta il consenso**

al trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni e allo loro comunicazioni a terzi come indicato nell'informativa che ho letto e compreso

SI  NO

Data ..... Firma dell'interessato \* .....

**Revoca il consenso precedentemente prestato**

Data ..... Firma dell'interessato \* .....

**Dichiara** di avere preso visione della nota informativa per i ricoverati "Cosa sono le Infezioni Ospedaliere"

Data ..... Firma dell'interessato \* .....

\* firma l'interessato se maggiorenne, oppure uno dei genitori o il tutore per i minori o per l'incapace. Nelle situazioni di emergenza la sottoscrizione potrà avvenire anche in fase successiva all'erogazione delle cure.