



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO  
**FATEBENEFRAELLI**

Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 – Tel. (06) 3355906 – 33253520 Fax – Iscritto al R.P.G. n° 666/87 – C.F. 00443370580 – P. IVA 00894591007

**MODULO PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E  
SENSIBILI AI FINI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE E PER  
L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLA CREAZIONE DEL DOSSIER SANITARIO  
ELETTRONICO (DSE)  
ART. 13, 79 E 81 DEL D.LGS.196/2003**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

[ ] Genitore [ ] Familiare [ ] Tutore [ ] Legale Rappresentante **(barrare la voce che interessa)**

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE CHE:**

1. il trattamento dei dati personali riguarda, in particolare, i dati sensibili;
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte.

**DICHIARO**

di aver compreso il contenuto dell'informativa di cui all'13 del D.Lgs196/2003, pubblicata anche sul sito istituzionale [www.provinciaromanafbf.it](http://www.provinciaromanafbf.it) (sezione "Privacy") e presto liberamente ed in modo consapevole il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte della Provincia Religiosa di San Pietro, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI SENSIBILI**

(dati prodotti e utilizzati dalla Provincia Religiosa indispensabili per erogare le prestazioni richieste)

[ ] SI [ ] NO

acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili anche mediante strumenti elettronici, per fini diagnostici-terapeutici, valido per tutte le prestazioni ambulatoriali/diagnostiche (APA e PAC compresi) e di ricovero (D.H. e D.S. compresi) eseguite o da eseguire, necessario alla tutela della mia salute, per gli adempimenti amministrativi e le attività connesse, nell'ambito e per tutte le finalità di cui all'informativa predisposta dall'Ospedale, fatta salva una mia eventuale revoca o rettifica (art. 7 D.Lgs. 196/2003).

**OSPEDALE  
"SAN PIETRO"**

Via Cassia, 600  
00189 ROMA  
Tel. 06 33581  
Fax 06 33251424

**ISTITUTO  
"SAN GIOVANNI DI DIO"**

Via Fatebenefratelli, 3  
00045 GENZANO DI ROMA  
Tel. 06.937381  
Fax 06.9390052

**OSPEDALE  
"SACRO CUORE DI GESU'"**

Viale Principe di Napoli, 14/A  
82100 BENEVENTO  
Tel. 0824.771111  
Fax 0824.47935

**OSPEDALE  
"BUON CONSIGLIO"**

Via Manzoni, 220  
80123 NAPOLI  
Tel. 081.5981111  
Fax 081.5757643

**OSPEDALE  
"BUCCHERI LA FERLA"  
FATEBENEFRAELLI**

Via Messina Marine, 197  
90123 PALERMO  
Tel. 091.479111  
Fax 091.477625



## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**

(“contenitore” informatico di dati sanitari prodotti dalla Provincia Religiosa di San Pietro, consultabili esclusivamente da professionisti appartenenti alla stessa Azienda, con l’obiettivo di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

- acconsento alla costituzione di una raccolta elettronica dei miei dati clinici (DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO), con l’inserimento di:
- SI  NO      tutti i miei dati clinici prodotti da ora in poi
- SI  NO      tutti i miei dati clinici prodotti in precedenza (se presenti)

Resta ferma la possibilità per l’interessato di manifestare di volta in volta, in occasione di ogni singolo evento clinico, il proprio diniego all’inserimento dello stesso nel DSE, cd. “oscuramento” dell’evento clinico. Tale volontà è espressa mediante compilazione di specifico modulo.

### **ALTRI CONSENSI FACOLTATIVI**

- SI  NO      acconsento all’utilizzo in forma anonima dei miei dati clinici, campioni biologici, immagini filmate o fotografiche (es. interventi chirurgici o ambulatoriali), per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, studio di patologie e formazione, con l’obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione
- SI  NO      autorizzo la comunicazione delle informazioni relative al mio stato di salute
- SI  NO      autorizzo la comunicazione delle informazioni relative alla mia presenza in Ospedale

**Il presente consenso ha validità permanente, salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età**

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_