

MGF71 Rev 3 25/05/18 pag. 1/2	Direzione Organizzazione	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione Generale	
CONSENSO SULLA PRIVACY - GENERALE - con capacità			

Il sottoscritto (Cognome, Nome) _____,
 acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi degli artt. 12 e ss. del Regolamento UE 679/2016
 nonché dalla normativa nazionale vigente in materia di privacy, e consapevole, in particolare, che il trattamento
 riguarderà sia i dati personali comuni che i dati sensibili:

1) presta il proprio consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali comuni e sensibili da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS per: a) le finalità terapeutiche, di laboratorio, di certificazione, di cura, di diagnosi, di prevenzione, di fornitura di ausili e protesi, di ricovero, di degenza ambulatoriale e di attività domiciliare erogata in ambito sanitario, riabilitativo, sociale e assistenziale, e per documentare – eventualmente anche utilizzando tecniche di videoriprese e di immagini - l'esito delle prestazioni stesse; b) per l'attività di carattere gestionale, programmatica, contabile, amministrativa, di interconnessione, di controllo delle prestazioni, di gestione operativa dei servizi assistenziali forniti, per la gestione di rapporti con Enti e competenze pubbliche per il tramite di soggetti a ciò appositamente preposti; c) per la gestione di rapporti con soggetti esterni/terzi in rapporto contrattuale con la Fondazione nell'ambito e nell'adempimento delle finalità inerenti il mio percorso di cura (es. *laboratori di analisi, servizi di ausili-protesi, servizio trasporto con Ambulanza, servizio di ristorazione, Università, scuole di specializzazione, associazioni di volontariato, ecc....*)

Sì No

2) presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS con il fine di condurre attività di ricerca medica, statistica, epidemiologica, multidisciplinare e, in quanto IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), anche svolte in collaborazione con Università, Centri di ricerca nazionali ed Internazionali, per svolgere ricerca scientifica - a seguito di motivato parere favorevole da parte del competente comitato etico a livello territoriale in ambito medico -, sia attività di ricerca statistica volte ad individuare nuovi modelli di riabilitazione e assistenza, sia per realizzare il progetto di continuità assistenziale in favore dei pazienti affetti da patologie croniche e sia negli ulteriori settori in cui opera la Fondazione, volte ad allargare progressivamente il *focus* dalla qualità ed appropriatezza della singola prestazione e alla valutazione della appropriatezza della sequenza delle prestazioni, nonché, più in generale, della qualità del percorso offerto ai pazienti

Sì No

3) presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS per attività didattiche, formative e di tirocinio, di aggiornamento professionale in ambito sanitario e socio-sanitario, in favore di medici, degli altri esercenti una professione sanitaria e agli studenti frequentanti corsi di studio, in collaborazione con le scuole di specializzazione e le Università

Sì No

4) presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS al fine di poter partecipare alle attività di intrattenimento, svago e a momenti ludici e ricreativi organizzati dalla Fondazione.

Sì No

5) presta il proprio consenso all'invio di comunicazioni e riviste istituzionali della Fondazione

Sì No

6) presta il proprio consenso alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili e, in generale, del proprio stato di salute, da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi-ONLUS, ai propri familiari e/o alle persone qui di seguito indicate, che dichiara di aver debitamente informato circa tale operazione di trattamento ed in relazione alle quali dichiara di aver acquisito il relativo consenso

Sì No

MGF71 Rev 3 25/05/18 pag. 2/2	Direzione Organizzazione	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione Generale	
CONSENSO SULLA PRIVACY - GENERALE - con capacità			

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____

Sig./Sig.ra _____ Sig./Sig.ra _____

7) presta il proprio consenso a comunicare la sola Sua presenza presso la Struttura a soggetti non indicati al punto precedente

Si No

A - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO - FSE

8) presta il proprio consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte della Fondazione con i dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate, da oggi in poi, in proprio favore in ambito di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

Si No

9) presta il proprio consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in proprio favore in passato dai presidi della Fondazione

Si No

10) presta il proprio consenso all'inserimento nel Fascicolo Sanitario Elettronico da parte della Fondazione dei dati per cui è prevista una maggiore tutela dell'anonimato (dati relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia; all'infezione da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato). *Le ricordiamo che in ogni momento Lei può revocare tale consenso richiedendone l'oscuramento*

Si No

B – CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO - DSE

11) presta il proprio consenso alla costituzione del Dossier Sanitario Elettronico con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in proprio favore da oggi in poi

Si No

12) presta il proprio consenso all'alimentazione del Dossier Sanitario Elettronico con dati relativi alle prestazioni sanitarie erogate in proprio favore in passato dai presidi della Fondazione

Si No

13) presta il proprio consenso all'inserimento nel Dossier Sanitario Elettronico dei dati per cui è prevista una maggiore tutela dell'anonimato (dati relativi ad atti di violenza sessuale o di pedofilia; all'infezione da HIV o all'uso di sostanze stupefacenti, di sostanze psicotrope e di alcool, alle prestazioni erogate alle donne che si sottopongono ad interventi di interruzione volontaria della gravidanza o che decidono di partorire in anonimato) *Le ricordiamo che in ogni momento Lei può revocare tale consenso richiedendone l'oscuramento*

Si No

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____

Il Consenso è stato liberamente e consapevolmente prestato attraverso il Sig. _____ quale Traduttore /Mediatore Culturale/interprete dell'Interessato.

Per quanto non specificato in questo documento si rimanda al Regolamento UE 679/2016 nonché dalla normativa nazionale vigente in materia di privacy