Allegato 5

**Consenso trattamento dati personali e sensibili**

**D. Lgs. 196/2003- art 23**

Il sottoscritto, Sig/Sig.ra…………………………………………………………………

nato/a…………………………………………………….il………………………………………….

Residente in Via…………………………………………………………………….......

Codice fiscale…………………………in qualità di esercente: la tutela/la curatela/l’amministrazione di sostegno sul soggetto beneficiario della prestazione sanitaria richiesta

Dichiara di aver acquisito copia dell’informativa, di aver letto e compreso le informazioni fornite a norma dell’art. 13 del D.lgs. 196/2003 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati “sensibili” di cui all’art. 4, (comma 1 lett. d) del citato decreto, vale a dire “*i dati personali idonei a rilevare 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”*

**PRESTA**

Libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei dati personali e sensibili per fini diagnostico-terapeutici limitatamente ai servizi sanitari richiesti e necessari alla tutela della propria salute, alla Piattaforma Informatica Regionale, (Regione Puglia), cui possono accedere medici prescrittori e centri erogatori (farmacie pubbliche e private) al fine di garantire continuità dei trattamenti sanitari attinenti alla propria specifica patologia, per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nell’informativa.

Data…………. Firma……………………..

INFORMATIVA PRIVACY Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.193- recante disposizione in materia di protezione dei dati personali, si rendono le seguenti informazioni:

i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;

l’accesso ai dati è consentito esclusivamente ai medici prescrittori e centri erogatori, tramite un doppio sistema di filtro costituito sia dalle credenziali richieste per l’accesso al sistema sia dalla specifica autenticazione tramite i codici riportati sulla propria tessera sanitaria;

la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria ai fini diagnostico-terapeutici;

l’interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all’art.7 del D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196

il titolare dei dati trattati è la piattaforma informatica regionale (Regione Puglia)

Data…………………………… Firma…………………………

Io sottoscritto……………confermo di aver spiegato al/alla Sig.Sig.ra…………………identificato/a con documento n…………….rilasciato da…………………, le finalità di cui all’informativa e che il paziente presta il consenso per il trattamento dei dati sensibili per i fini sopra indicati.

Firmando e datando personalmente questo modulo,

Firma dell’attestante……………….. Data………………