

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali
con Piattaforma di Televisita/Teleconsulto**
(ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente in _____ in via _____
Codice Fiscale _____,

| | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Nella qualità di interessato al trattamento | |
| Esercitando la Rappresentanza Legale in qualità di | Del Sig./Sig.ra _____ nata a _____ il __/__/____ residente in _____ Via _____ |
| Estremi del Documento di identità del Legale rappresentante | Tipo di documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ il __/__/____ |
| Genitore del Minore ¹ Nome _____ Cognome _____ C. F. _____ | Genitore 1 nato/a a _____ il __/__/____ residente in _____ Via _____ C. F. _____ Genitore 2 nato/a a _____ il __/__/____ residente in _____ Via _____ C. F. _____ |
| Estremi dei Documenti di identità dei genitori | Genitore 1 Tipo di documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ il __/__/____ Genitore 2 Tipo di documento _____ N° _____ Rilasciato da _____ il __/__/____ |

¹ Nel caso di un solo genitore è necessario sottoscrivere la dichiarazione sostitutiva di notorietà allegata

avvalendomi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARO

di aver acquisito e compreso: l'Informativa dell'IRCCS Bonino Pulejo di Messina, elaborata ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, le "Condizioni Generali di utilizzo della Piattaforma" e di essere consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e i dati particolari (di cui all'art. 9 del Regolamento Europeo 679/2016) ritenuti indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni richieste.

Il consenso al trattamento dei dati personali (come specificato nell'Informativa) non è richiesto anche alla luce del Provvedimento del Garante n. 55 del 7 marzo 2019, in quanto il trattamento è svolto con finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria ed eseguito tramite strumenti di Telemedicina. Il consenso è però necessario in alcuni casi:

Consenso al trattamento dei dati personali e particolari con la Piattaforma di Telemedicina

Comunicazioni tramite e-mail

*Presto il consenso all'invio di comunicazioni di servizio tramite e-mail
inerenti le richieste di consulto sulla Piattaforma* ☐ SI ☐ NO

Indirizzo di posta elettronica:

Condizioni Generali di utilizzo della Piattaforma in cloud ☐ SI ☐ NO
*Presto il consenso all'esecuzione delle "Condizioni Generali di utilizzo
della Piattaforma" che mi sono state somministrate*

Utilizzo di APP mediche e canali WEB ☐ SI ☐ NO
*Presto il consenso all'utilizzo di APP mediche, canali web per attività
di refertazione e di trasmissione dati*

Registrazione audiovisiva ☐ SI ☐ NO
*Presto il consenso alla Registrazione audiovisiva durante l'atto
sanitario svolto mediante la Piattaforma*

Questionario di gradimento ☐ SI ☐ NO
Presto il consenso alla compilazione del questionario di gradimento

Teleconsulto/Telecooperazione Sanitaria

Presto il consenso alla comunicazione dei dati per il Teleconsulto o Telecooperazione Sanitaria quando ciò è necessario per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sociale ☐ SI ☐ NO

Alimentazione Dossier Sanitario Elettronico (DSE)

Presto il consenso all'inserimento del referto e dei documenti trasmessi mediante la Piattaforma, nel Dossier Sanitario Elettronico ☐ SI ☐ NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente presso questa struttura salvo revoca e/o modifica.

Data ____/____/____

Firma del dichiarante _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio _____ del PO _____

Ambulatorio di _____

Data _____

Operatore _____ (firma) _____

REVOCA DEL CONSENSO

____ sottoscritto/a _____

____ sottoscritto/a/ _____

in data ____/____/____ dichiar ____ di REVOCARE il consenso precedentemente espresso

Firma del/i genitore/i

Timbro e firma del medico

