

## Modulo raccolta consenso privacy

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in qualità di soggetto interessato al trattamento dei dati personali, anche di natura particolare, effettuato dalla Fondazione del Piemonte per l'Oncologia (FPO)

1. Acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche di natura particolare (dati sanitari), secondo quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 e dal D. Lgs 196/2003 e s.m.i., per finalità di diagnosi e cura, per quanto riguarda i trattamenti quali la consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE e la refertazione online, nonché per i trattamenti effettuati nelle piattaforme di telemedicina, e per attività gestionali ad esse correlate

SI  NO

2. Acconsento affinché i dati genetici potranno essere utilizzati anche per la tutela della salute di un'altra persona della mia stessa linea genetica, nel caso in cui il mio consenso non possa essere acquisito per impossibilità fisica, incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere; ciò limitatamente alle informazioni di tipo genetico già raccolte, e qualora il trattamento sia indispensabile per consentire all'altra persona di compiere una scelta riproduttiva consapevole o sia giustificato dalla disponibilità di interventi di natura preventiva o terapeutica

SI  NO

3. Acconsento l'eventuale comunicazione della sua documentazione clinica, in qualità di soggetto assicurato, a compagnie assicuratrici limitatamente all'oggetto del rapporto assicurativo intercorrente tra Lei e la società assicurativa

SI  NO

4. Acconsento alla conservazione dei miei dati personali per finalità di ricerca scientifica in campo medico e biomedico, in particolare per determinare possibili relazioni tra informazioni sul mio stato di salute e sui risultati dei trattamenti a cui sono stato o sarò sottoposto. I risultati potrebbero contribuire al progresso della Ricerca nella lotta contro i tumori, anche nel mio caso personale, e potranno essere resi noti solo garantendo il mio anonimato

SI  NO

5. Acconsento altresì affinché il personale autorizzato al trattamento dei dati dalla Fondazione del Piemonte per l'Oncologia possa fornire informazioni in merito al mio stato di salute a soggetti terzi, da me indicati specificamente

SI  NO

In caso di consenso, indicare i soggetti autorizzati a ricevere le informazioni e il grado di parentela:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

La informiamo che è possibile, in via generale, fornire ai parenti e conoscenti, che ne facciano richiesta, informazioni sulla Sua presenza quale ricoverato in questa struttura. Solo se Lei desidera che non siano date informazioni sulla Sua presenza in Clinica, con indicazione del reparto di degenza, esprima la Sua volontà espressa di rifiuto.

non autorizzo la COMUNICAZIONE A TERZI DELLA MIA PRESENZA come degente presso questa struttura.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei miei dati personali e di aver ricevuto in maniera soddisfacente ed esauriente le informazioni necessarie per esprimere il mio consenso. Per maggiori dettagli, l'informativa estesa è consultabile al sito istituzionale <https://www.irccs.com/it/privacy-policy>.

In particolare, dichiaro di essere stato informato: che per le finalità di cui ai punti 1), 2), 3), 4) e 5) sopra indicate, la condizione di liceità dei trattamenti è il consenso ex art. 6, par. 1, lett. a) e, ove applicabile, ex art. 9, par. 2, lett. a), del GDPR; che tale consenso è facoltativo e che l'eventuale rifiuto non avrà conseguenze sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie; che è garantita la possibilità di revocare in ogni momento il presente consenso, ferma restando la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

---

(DATA)

(FIRMA DELL'UTENTE O CHI NE FA LE VECI)

(FIRMA DI CHI RACCOGLIE IL CONSENSO)