

Gentile Signora/Signore,

l'IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi (*di seguito IRCCS AOU*), relativamente al trattamento dei Sui dati personali nell'ambito delle proprie attività istituzionali, così come definite nell'informativa a Lei resa (T01/IOA29), nell'ipotesi in cui non sia per Lei possibile usufruire degli strumenti messi a disposizione dalla Regione Emilia Romagna (Fasciolo sanitario elettronico – FSE) consente ai pazienti che ne fanno espressa richiesta l'invio di *informazioni contenenti dati particolari* (*ad. es. referti, impegnative*) tramite fax, e-mail, posta.

Tale modalità di trasmissione, finalizzata ad agevolare e semplificare il Suo rapporto con l'*IRCCS AOU*, è subordinata al rilascio di un Suo espresso consenso, pertanto Le chiediamo gentilmente di compilare questo modulo allegando **copia** di un Suo **documento di identità**.

Qualora fosse interessato alla trasmissione tramite e-mail, La informiamo che, in conformità delle disposizioni normative vigenti (DPCM dell'08.08.2013, Linee guida in tema di referti on-line emanate dal Garante Privacy del 19 novembre 2009) la trasmissione avverrà allegando al corpo della e-mail il referto in formato pdf protetto da PW che Le sarà comunicata con separata modalità dall'Unità Operativa, o all'atto della richiesta o al momento della trasmissione del referto.

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via/piazza _____ n. _____ cap. _____

recapito telefonico _____

in qualità di

- diretto interessato
- esercente la responsabilità genitoriale sul minore di seguito identificato (*)
- tutore o curatore o amministratore di sostegno di persona non in possesso della capacità di agire di seguito identificata (*)
- erede legittimo o testamentario del soggetto di seguito identificato (*)

(*) nome e cognome _____

nato il _____ a _____

chiede, sotto la propria diretta responsabilità, la trasmissione del referto proprio o della persona rappresentata al recapito **fax** o **e-mail** o **posta** di seguito indicato, **dichiarando** che tale trasmissione non comporta il rischio di conoscibilità di quanto trasmesso da parte di soggetti non autorizzati ed **esonerando** l'Unità Operativa in caso di smarrimento, mancata e/o errata ricezione o diffusione impropria dello stesso.

- FAX** _____
- e-mail** _____
- posta** _____

Data, _____

Firma dell'interessato _____

Frontespizio FAX

A:		Da:	Struttura	
			Telefono	
			Fax	
Fax:		Numero pagine:		
Telefono:		Data:		
Oggetto:				

Come da Sua espressa richiesta, si provvede a trasmettere la documentazione allegata alla presente.

Il contenuto del presente fax ed i suoi allegati sono diretti esclusivamente al destinatario. Qualora il destinatario del presente fax non sia la persona indicata nella presente copertina, lo stesso è pregato di dare immediata comunicazione al mittente, a mezzo telefono o via fax. Il destinatario errato della presente comunicazione deve distruggere immediatamente la documentazione ricevuta ed in ogni caso potrà essere ritenuto responsabile dell'uso non autorizzato delle informazioni ivi contenute, erroneamente acquisite. La diffusione e la comunicazione da parte di soggetto diverso dal destinatario è vietata dall'art. 616 e ss. C.P. e dal *Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679)*.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI **SANT'ORSOLA**

**INFORMATIVA E CONSENSO
ALL'INVIO DI DATI PARTICOLARI
TRAMITE FAX, E-MAIL, POSTA**

R11/IOA29

Rev. 3

Pag. 3/3

Data di applicazione:
22/03/2024