

DATI PERSONALI DELL'INTERESSATO

Cognome(*) _____ Nome(*) _____
nato/a a _____ il(*) _____
Indirizzo _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____
tel. (*) _____ e.mail _____
Medico Competente(*) (DL 81/2008) _____

(*) **DATO OBBLIGATORIO**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D. LGS. 30/06/2003 n. 196

Il sottoscritto Interessato, con la firma apposta in calce al presente modulo attesta il proprio libero consenso acciocché il Titolare, proceda al trattamento dei dati personali qui sopra riportati come specificato nell'Informativa, di cui ha preso visione, e riportata sul retro del presente modulo di consenso scritto.

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali "sensibili" necessari per l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste come specificato nella stessa Informativa, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per Legge.

In fede.

L'Interessato

INFORMATIVA AI SENSI E PER GLI EFFETTI DI CUI ALL'ART. 13 DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 n. 196

In osservanza di quanto previsto dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, siamo a fornirLe le dovute informazioni in ordine alle finalità, modalità del trattamento, l'ambito di comunicazione e diffusione, la natura e il conferimento dei Suoi dati personali.

Finalità del trattamento.

1. I dati da Lei forniti con il modulo di consenso scritto, saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione delle obbligazioni conseguenti allo svolgimento delle prestazioni sanitarie richieste dall'azienda Sua datrice di lavoro e previste dal DL 81/2008 relativamente alla Vigilanza Sanitaria sul posto di lavoro. Inoltre i Suoi dati saranno trattati per attività statistiche interne per soddisfare gli obblighi previsti dalla normativa vigente.
2. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste, il Titolare potrà venire a conoscenza di dati sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, quali quelli idonei a rivelare lo stato di salute, la vita sessuale, l'origine razziale od etnica dell'Interessato.

Modalità del trattamento.

1. I dati verranno trattati con modalità cartacee ed informatizzate e ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati quali medici specialisti e altri professionisti le cui prestazioni professionali sono ritenute necessarie dal Titolare.

Ambito di comunicazione e diffusione.

1. I dati di cui sopra potranno essere comunicati a: Medici specialisti, Strutture sanitarie specializzate esterne, Società collegate che operano con le stesse finalità di cui al punto 1, che potranno, in forma anonima, per finalità scientifiche e non, diffondere tali dati, nonché Commercialisti, Società di recupero crediti, Studi Legali e Compagnie di assicurazione che tutelino il Titolare e i collaboratori, per eventuali responsabilità sanitarie.
2. Inoltre, i dati di cui sopra sono a disposizione del Ministero della Salute e di suoi specifici organismi; della Regione Marche e delle strutture sanitarie pubbliche territorialmente competenti; delle eventuali richieste dell'Autorità Giudiziaria ai sensi di legge.
3. I risultati e le diagnosi fornite, in busta chiusa, in risposta alle prestazioni sanitarie richieste potranno essere ritirate e conservate dal medico competente o dall'Azienda Sua datrice di lavoro o da persona espressamente delegata per iscritto indicandone il motivo. Inoltre, su richiesta dell'Azienda Sua datrice di lavoro, gli stessi dati potranno essere inviati a mezzo raccomandata A.R..
4. Ogni ulteriore comunicazione o diffusione avverrà solo su esplicito consenso scritto dell'Interessato.

Natura del conferimento.

1. Il conferimento dei dati richiesti al momento dell'accettazione e contrassegnati nel modulo di consenso con (*), è per Lei obbligatorio in quanto gli stessi sono necessari per erogare le prestazioni sanitarie richieste.
2. Il Titolare rende noto che l'eventuale non comunicazione, o errata comunicazione, di una delle informazioni obbligatorie ha come conseguenze emergenti:
 - l'impossibilità di erogare le prestazioni richieste;
 - l'impossibilità di garantire la congruità del trattamento stesso ai patti contrattuali per cui esso sia eseguito;
 - il mancato raggiungimento dei risultati del trattamento agli obblighi imposti dalla normativa fiscale e amministrativa vigente.

Diritti dell'Interessato

L'Interessato ha il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione (art. 7 D. Lgs. n. 196/03). Inoltre, ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. Per esercitare tali diritti si potrà rivolgere al Responsabile del trattamento, se nominato o direttamente al Titolare facendo riferimento ai recapiti sotto riportati.

Incaricato dell'esecuzione di esami diagnostici: NUOVO LABORATORIO CITTA' DI PESARO, viale Cialdini, 11 - 61121 Pesaro(PU) tel. 072131215, fax 0721377244, sito web: www.laboratoriocittadipesaro.it e-mail: info@laboratoriocittadipesaro.it

Titolare del trattamento è: Dr. _____