**Consenso informato del paziente fonte noto**

ai sensi della legge n. 135 del 05/06/1990, art. 5 punto 3

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARA

## di essere stato informato, di aver avuto la possibilità di fare domande e di aver compreso le risposte alle richieste di chiarimenti relativamente all’effettuazione del prelievo ematico per il test di ricerca dell’antigene dell’epatite B e per la ricerca degli anticorpi del virus dell’epatite C e di HIV e di altri liquidi biologici;

## di essere stato informato che tali esami si rendono necessari a seguito di incidente per contatto con materiale biologico e che tali esami saranno utilizzati per attivare gli interventi preventivi e/o terapeutici che risultassero necessari;

## di essere stato informato sui diritti e sui limiti di cui al D.Lgs 30.06.2003, n. 196 “Codice in materia di dati personali”;

## di aver compreso che i propri dati personali saranno trattati da parte di personale incaricato nel rispetto del segreto professionale in modalità elettronica e cartacea in conformità alle norme di protezione stabilite dal D.Lgs 196/2003 sopra citato;

## di aver compreso che l’A.P.S.P. Centro Residenziale “A. Collini”, i cui estremi identificati sono riportati nell’informativa, è titolare del trattamento dei dati mentre, Responsabili del trattamento sono il Direttore (area amministrativa) e il Medico Coordinatore (area sanitaria) e che il consenso al trattamento dei dati sensibili è necessario per permettere al predetto titolare il perseguimento delle finalità di cui ai suesposti punti 1 e 2;

## di aver compreso che i dati raccolti non saranno oggetto di diffusione e, solo in caso di necessità, saranno eventualmente condivisi con l’A.P.S.S. della Provincia Autonoma di Trento (contitolare del trattamento). Eventuali ulteriori soggetti, designati responsabili o incaricati del loro trattamento, potranno avere accesso alle stesse informazioni (la nomina è disponibile presso gli Uffici) qualora ciò fosse strettamente indispensabile e necessario per il perseguimento delle predette finalità;

## è possibile esercitare tutti i diritti di cui all’art. 7 del citato decreto mediante richiesta rivolta agli Uffici;

## ogni ulteriore informazione nel merito del trattamento connesso all’esercizio delle funzioni istituzionali svolte dall’Ente è riportata nel testo dell’informativa messa a disposizione degli interessati all’atto dell’instaurazione del rapporto.

# PERTANTO, ESPRIMO ⃞ CONSENSO ⃞ DISSENSO

# AL PRELIEVO EMATICO PER LE PREDETTE FINALITÀ ED AL CONSEGUENTE TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI NECESSARI DA PARTE DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO.

# Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’utente

# (o amministratore di sostegno/tutore)

# Segue dichiarazione per chi non sa o può firmare

**Dichiarazione resa ai sensi dell’art. 4 del DPR 28/12/2000 n. 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coniuge o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi da un altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del signor/della signora di cui sopra, che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dichiara di avere ricevuto una chiara e completa informazione e di avere compreso quanto sopra.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso informato del paziente fonte noto**

ai sensi della legge n. 135 del 05/06/1990, art. 5 punto 3

Durante le manovre assistenziali o sanitarie gli operatori possono venire a contatto con materiale biologico; in queste situazioni le leggi sanitarie a protezione degli operatori sanitari prevedono l’obbligo di svolgere i necessari accertamenti sia sul personale sanitario sia sul paziente fonte, per cui si rende necessario effettuare dei prelievi ematici o di altri liquidi biologici.

Per tale motivo si chiede il consenso all’effettuazione del prelievo ematico e/o di altri liquidi biologici.

Resta inteso che l’autorizzazione a tali accertamenti è subordinata al rispetto della privacy e alla garanzia dell’anonimato.

IL MEDICO COORDINATORE

f.to Gallucci dr. Augusto