

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	<b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b>  <b>INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL PAZIENTE PER LA PRESENZA DI UNO “SPECIALIST” DURANTE INTERVENTI O VISITE DI CONTROLLO</b>	<b>T.04/RA 35</b> Rev. 01 del 10/06/2019 Pag. 1 di 2
----------------------------	---	---

Gentile Paziente, la informiamo della possibilità che uno Specialist possa assistere all'intervento e/o alle visite di controllo cui verrà sottoposto. Lo Specialist è il dipendente o il collaboratore di un'Azienda farmaceutica autorizzata che può:

- fornire parere tecnico ed informazioni sull'utilizzo corretto e sicuro dei dispositivi medici;
- fornire le sole informazioni presenti nel manuale e/o nelle istruzioni per l'uso dei dispositivi medici;
- supportare il medico per l'impiego ottimale dei dispositivi e delle apparecchiature;
- impostare le funzioni dei dispositivi seguendo le istruzioni impartite dal medico e sotto la sua supervisione;
- illustrare le caratteristiche dei dispositivi

Per tali ragioni, su specifica richiesta dei professionisti sanitari, lo Specialist potrebbe essere autorizzato ad assistere alle procedure medico-chirurgiche. In tal caso lo Specialist, **riducendo al minimo il tempo di permanenza in sala operatoria (o aree simili)**, sarà Autorizzato al Trattamento dei Dati Personali e sottoposto ad un obbligo legale di riservatezza analogo al segreto professionale, **con divieto di non divulgare e diffondere le informazioni personali dei Pazienti/Interessati di cui venisse a conoscenza nello svolgimento dell'attività.** Ogni qualvolta si renda necessario che lo Specialist assista all'intervento e/o alle visite di controllo, **le verrà sottoposta la presente informativa e le verrà richiesto uno specifico consenso.** Vogliamo rassicurarla che nel caso di un suo rifiuto a far assistere lo Specialist, **le verranno comunque assicurate le prestazioni sanitarie senza alcun pregiudizio.**

Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto del segreto professionale, del segreto d'ufficio e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, esattezza, minimizzazione, necessità e finalità, in modo da assicurare la tutela della sua riservatezza. Il Direttore della struttura che provvede alla sua cura porrà in essere modalità organizzative per garantire che il trattamento dei suoi dati personali avvenga, da parte dello Specialist, al minimo **strettamente** indispensabile per consentire lo svolgimento dell'attività. **In ogni caso i dati sono saranno protetti in modo da garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'accesso al solo personale autorizzato.**  
**Comunicazione e Trasferimento dei dati**

Il Trattamento di Comunicazione dei Dati potrà essere effettuato in esecuzione di obblighi normativi o con il suo consenso, nel rispetto del principio di minimizzazione Non è previsto trasferimento di dati personali in Paesi Terzi (extra UE).

#### **Soggetti o categorie di soggetti coinvolti ed autorizzati al trattamento**

- **Il Titolare del trattamento dei dati personali** è l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana, nella persona fisica del proprio legale rappresentante, il Direttore Generale.
- **Preposto** al trattamento è il Direttore della Struttura presso cui è in cura, che ha nominato il personale afferente la Struttura e lo Specialist **Incaricato** al trattamento.

#### **Diritti dell'Interessato**

Potrà rivolgere istanza per far valere i propri diritti di sotto riportati, ai sensi degli artt.12-22 del Regolamento UE n.679/2016, al Direttore Generale. L'interessato ha diritto: 1) ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano ed in tal caso di ottenere **l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:**

- a) delle finalità del trattamento;
  - b) le categorie dei dati in questione;
  - c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
  - d) quando è possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo.
- 2) chiedere al titolare del trattamento **la rettifica e la cancellazione dei dati personali.**
  - 3) chiedere al titolare del trattamento **la limitazione del trattamento** dei dati personali che lo riguardano **o di opporsi al loro trattamento.**
  - 4) revocare il consenso prestato al trattamento dei propri dati personali
  - 5) **proporre reclamo all'Autorità Garante** per la Protezione dei Dati Personali

Si indicano di seguito le modalità per ogni contatto con il:

**Titolare del Trattamento**, il Direttore Generale, Via Roma,67 – 56126 Pisa, email: pec-aoupisana@legalmail.it

**Responsabile della Protezione dei Dati** via Roma, 67 56126 – Pisa tel 050995879  
email: responsabileprotezionedati@ao-pisa.toscana.it

Il Titolare del Trattamento

AZ. OSP. – UNIV. PISANA	<b>MODULO DI REGISTRAZIONE</b>  <b>INFORMATIVA E RICHIESTA DI CONSENSO AL PAZIENTE PER LA PRESENZA DI UNO “SPECIALIST” DURANTE INTERVENTI O VISITE DI CONTROLLO</b>	T.04/RA 35 Rev. 01 del 10/06/2019 Pag. 2 di 2
----------------------------	---	--

**CONSENSO A FAR ASSISTERE LO “SPECIALIST” ALL’INTERVENTO O ALLE VISITE DI CONTROLLO DEL PAZIENTE**

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

a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_,

relativamente all’intervento/visita (cancellare la voce che non interessa) che avrà luogo il \_\_\_\_\_ presso la Struttura \_\_\_\_\_

Vista la specifica informativa sopra riportata

**Acconsento a far assistere lo “Specialist”**

**NON acconsento a far assistere lo “Specialist”**

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_