

Data di consegna del campione: _____

ora: _____

Il/La sottoscritto/a: _____

Documento: _____ n°: _____

Codice Fiscale: _____ Telefono: _____

Residente: _____

Dichiara:

1. Che sta effettuando la consegna di campioni biologici del paziente:

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Documento: _____ n°: _____

Residente: _____

Telefono: _____ e- mail: _____

avendo ricevuto dallo/a stesso/a espresso incarico e presentando un documento valido del paziente

2. In qualità di: _____

3. Che i campioni consistono in: _____

4. Che i test richiesti sono di seguito elencati: _____

Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- a) la responsabilità di tutte le fasi operative precedenti e contestuali alla consegna al Laboratorio (prelievo, raccolta, conservazione, trasporto e consegna) è esclusivamente in capo al firmatario che effettua la consegna;
- b) il firmatario che effettua la consegna è interamente responsabile della veridicità delle dichiarazioni rilasciate.

Firma del Consegnante: _____

Informativa Privacy Gentile Signore/a,

in ottemperanza alla vigente normativa in materia di Trattamento dei Dati Personali, definita in conformità alle disposizioni contenute nel Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), viene resa la presente informativa affinché Lei, in qualità di soggetto Interessato, possa conferire i Suoi Dati in modo consapevole ed informato e, in qualsiasi momento, richiedere chiarimenti ed esercitare i Suoi diritti.

Titolare del trattamento: LABORATORIO ANALISI E RICERCA CLINICA DI AGATA CUCUZZA E DONATA TORNETTA s.n.c., con sede legale in Catania, Corso Sicilia, 55.

Contitolare del trattamento: AML Aggregazione Medicina di Laboratorio scarl con sede legale in Catania, Via Francesco Riso, 39, **oggetto giuridico che si occuperà di eseguire materialmente il/i test sul/i campione/i.**

Il Responsabile della Protezione Dati (DPO) può essere contattato, all'indirizzo email ripd@sicilprivacy.it, per tutte le questioni relative al trattamento dei Dati e all'esercizio dei diritti, che potranno essere esercitati ai sensi del GDPR e secondo le modalità descritte nella presente informativa.

Finalità del Trattamento	Base Giuridica	Periodo Conservazione Dati	Natura del conferimento
Il trattamento dei Suoi dati è finalizzato all'esecuzione delle prestazioni sanitarie di medicina di laboratorio includenti prestazioni sanitarie di prelievo ematico e campioni biologici, di analisi cliniche sui campioni prelevati, ed ogni attività sanitaria ed amministrativa a tali prestazioni connessa.	Il trattamento dei Suoi dati è legittimato poiché è necessario per esecuzione del contratto su cui si basa la prestazione fornita (art. 6.1.b GDPR), e per finalità diagnostiche (9.2.h GDPR);	Salvo che la conservazione sia necessaria per periodi ulteriori per adempimento di obblighi di legge o per finalità di accertamento, esercizio o difesa di un diritto, i Suoi dati verranno conservati con le seguenti tempistiche: Referti dei Suoi esami: anni dieci (10); Dati di fatturazione: anni dieci (10);	Il conferimento dei Suoi dati, comprese le categorie particolari di dati personali, è indispensabile per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie alla prestazione sanitaria richiesta e da noi erogata a tutela della Sua salute, comprese le connesse attività di natura amministrativa. Un Suo rifiuto comporta l'impossibilità di erogare la prestazione o il servizio sanitario da Lei richiesto oppure di completare le attività di carattere amministrativo connesse e correlate alla prestazione stessa.

Categorie di soggetti a cui possono essere comunicati i dati

La informiamo che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione e/o di trasferimento verso paesi terzi o organizzazioni internazionali.

L'elenco delle categorie di soggetti che svolgono attività connesse e strumentali alle prestazioni di servizi sanitari erogati, a cui potranno essere comunicati i suoi dati personali, sono reperibili nell'informativa esposta in sala di attesa.

Diritti dell'Interessato

I suoi diritti, quando esercitabili, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR 2016/679, sono il diritto di: a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali; b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento; e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione; h) chiedere la revoca del consenso in qualsiasi momento; i) proporre reclamo presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in Italia, secondo le modalità indicate nel sito www.garanteprivacy.it.

Può esercitare le facoltà indicate dalla lettera a alla lettera h mediante una richiesta scritta inviata a **LABORATORIO ANALISI E RICERCA CLINICA DI AGATA CUCUZZA E DONATA TORNETTA s.n.c.**, all'indirizzo postale della sede legale o all'indirizzo mail labricercaclinica@alice.it

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO (Paziente)

Il/La sottoscritto/a _____ Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa:

Firma _____

Invio e-mail ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, crittografato, all'indirizzo: _____
impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma _____

Consapevole del rischio ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio del REFERTO, **non crittografato**, all'indirizzo: _____

Firma _____

Inoltre ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio di messaggi PROMEMORIA e/o di SERVIZIO, allo stesso indirizzo.

Firma _____

SMS ACCONSENTO NON ACCONSENTO

All'invio di messaggi PROMEMORIA e/o di SERVIZIO, al Numero: _____

Firma _____

N.B. La struttura non si assume alcuna responsabilità in caso di mancata ricezione del PROMEMORIA e/o della comunicazione di SERVIZIO, a seguito di un omesso aggiornamento dell'indirizzo e-mail e/o numero di telefono.

DA COMPILARE SE IL CONSENSO È DI IMPOSSIBILE ACQUISIZIONE

Il Sottoscritto _____ dichiara che all'atto del prelievo, sussistendo impossibilità fisica dell'interessato, ha fornito l'informativa ed acquisito il consenso oralmente.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Gentile Utente, quando il referto non può essere ritirato dall'Utente interessato, è necessario che questo deleghi altro soggetto, compilando il sottostante spazio dedicato.

DELEGA AL RITIRO REFERTO

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____), il ____ / ____ / ____
residente in _____ (____), via _____ n° _____, C.A.P. _____
doc. di identità _____ n° _____ scadenza: ____ / ____ / ____

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ (____), il ____ / ____ / ____
residente in _____ (____), via _____ n° _____, C.A.P. _____
doc. di identità _____ n° _____ scadenza: ____ / ____ / ____

al ritiro del referto delle analisi effettuate in data: ____ / ____ / ____

Data: _____

(Firma Delegante)

(Firma Delegato)

NOTA: al momento del ritiro del referto, al presente modulo andrà allegata copia di un Documento di Riconoscimento in corso di validità sia del Delegante che del Delegato, affinché l'Operatore Sanitario possa accertarne l'identità.