

ALLEGATO 1 - Modello di autorizzazione al trattamento dei dati del Registro Nazionale dei Malati Mitocondriali

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

PARTE I – DATI IDENTIFICATIVI

PAZIENTE		
Nome	Cognome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice Fiscale		
Residenza / Domicilio		
Indirizzo		
CAP	Citta'	Provincia
Recapiti:		
Tel. Abitazione	cellulare	
indirizzo e-mail:		
GENITORE del PAZIENTE (se il paziente è minore) o TUTORE o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (se il paziente è interdetto; allegare documentazione attestante i poteri)		
Nome	Cognome	
Luogo di nascita	Data di nascita	
Codice Fiscale		
Residenza / Domicilio		
Indirizzo		
CAP	Citta'	Provincia
Recapiti:		
Tel. Abitazione	cellulare	
indirizzo e-mail:		

PARTE II – CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (ART. 13 D.LGS. 30/06/2003, n. 196)

Io Paziente Genitore Tutore Amministratore di sostegno (barrare casella) sottoscritto/a dichiaro

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'iscrizione del paziente nel Registro Nazionale dei Malati Mitocondriali attraverso l'informativa

fornita, in forza della quale sono consapevole che il trattamento riguarderà i dati sensibili, in particolare legati allo stati di salute,

- di essere a conoscenza della possibilità di REVOCARE il presente consenso in qualsiasi momento;
- di accettare liberamente, spontaneamente e in piena coscienza tale iscrizione per le finalità contenute nell'informativa,
- Di accettare che il Centro di Riferimento inserisca nel Registro Nazionale dei Malati Mitochondriali i miei dati anagrafici e clinici da esso posseduti e per il quale ho già espresso consenso esplicito al trattamento,
- di accettare che l'Associazione Mitocon tratti i dati personali raccolti nel Registro per le finalità indicate nell'informativa allegata, Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici e comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, da soggetti autorizzati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dal DLGS 196 / 2003.
- di accettare che per le finalità del Registro i dati sensibili siano messi a disposizione da Mitocon alle strutture sanitarie di studio e cura delle malattie mitocondriali per le finalità e con le modalità contenute nell'informativa;
- di accettare che l'Associazione Mitocon possa comunicare a terzi (centri elaborazione dati, uffici di spedizione,...) i dati stessi qualora l'obbligo di comunicazione non sia previsto dalla legge, sempre e solo per le finalità del Registro indicate nell'informativa.
- Di essere consapevole di aver diritto di ottenere dall'Associazione Mitocon la conferma circa l'esistenza o meno di dati che la riguardano, la conoscenza dell'origine dei dati, la logica e la finalità su cui si basa il trattamento,

Data:

Firma del Paziente (se maggiorenne)

.....

Firma del Genitore (se minorenni) o Tutore o dell' Amministratore di sostegno:

.....

Firma del Soggetto minore se in grado di intendere e volere

.....