

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt.13 e 14 GDPR)**

**COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE**

L'utente \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

Ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, La informo che i dati personali da Lei forniti ed acquisiti dallo Struttura Sanitaria San Rocco Medical srl saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento e dei diritti e degli obblighi conseguenti e che:

- **Finalità del trattamento** – Il trattamento è finalizzato unicamente al corretto svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche.
- **Modalità del trattamento dei dati personali** – Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione di tali dati. Il trattamento è svolto dal titolare e dagli incaricati espressamente autorizzati dal titolare.
- **Conferimento dei dati e rifiuto** – Il conferimento dei dati personali comuni, sensibili, genetici, relativi alla salute è necessario ai fini dello svolgimento delle attività necessarie per la prevenzione, la diagnosi, la cura, la riabilitazione o per le altre prestazioni da voi richieste, farmaceutiche e specialistiche. Il rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività.
- **Comunicazione dei dati** – I dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione. I dati non sono comunicati a terzi, tranne quando sia necessario o previsto dalla legge. Essi possono venire a conoscenza esclusivamente per le finalità del trattamento. I dati sensibili, genetici e quelli relativi alla salute saranno conosciuti solo ed esclusivamente da parte di personale sanitario della struttura. Si potranno fornire informazioni sullo stato di salute a familiari e conoscenti solo su vostra espressa e specifica indicazione.
- **Conservazione dei dati** – I dati personali saranno conservati per il tempo strettamente necessario all'attività medica e, in ogni caso, non superiore a dieci anni. Anche in caso di uso di computer, sono adottate misure di protezione idonee a garantire la conservazione e l'uso corretto dei dati anche da parte dei collaboratori dello Studio medico, nel rispetto del segreto professionale. Sono tenuti a queste cautele anche i professionisti (il sostituto, il farmacista, lo specialista) e le strutture che possono conoscerli a seguito dell'attività medica espletata dalla scrivente Struttura Sanitaria.
- **Titolare del trattamento** – Il titolare del trattamento è la sig.ra Morosi Simona MRS SMN 77L43 H501Z, legale rappresentante della struttura sanitaria San Rocco Medical srl in Spilimbergo
- **Diritti dell'interessato** – L'interessato ha diritto:



- di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti;
- di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- di proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC all'indirizzo [sanroccomedical@legalmail.it](mailto:sanroccomedical@legalmail.it) o tramite lettera raccomandata a/r all'indirizzo San Rocco Medical srl Via Sottopassaggio, 2 – 33097 Spilimbergo (PN)

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede e presta il proprio consenso.

San Rocco Medical S.r.l.

Il Direttore Sanitario

Data..... Firma leggibile .....

### **CONSENSO INFORMATO ALLA DENSITOMETRIA OSSEA**



Gentile Signora/Signore,

Il medico che la segue ha ritenuto opportuno suggerirLe di sottoporsi ad una Densitometria Ossea per ottenere informazioni a Lei utili. L'esame diagnostico consente di ottenere una immagine radiologica del tratto lombare e/o dei due femori, tramite l'utilizzo di radiazioni ionizzanti (Raggi X). In questa struttura l'esecuzione di esami radiologici si effettua nel pieno e rigoroso rispetto della normativa vigente, ed in particolare le dosi erogate sono sempre mantenute al di sotto dei Livelli Diagnostici di Riferimento e l'esame si esegue solo in presenza di una richiesta medica diagnostica motivata e in assenza di alternative all'esame richiesto o di altri reperti diagnostici validi.

**Gli Operatori sono a Sua disposizione per qualsiasi chiarimento in merito.**

**Spilimbergo**, data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

#### STATO GRAVIDICO

La gravidanza è una assoluta controindicazione all'esecuzione dell'esame radiologico, è pertanto indispensabile per poter eseguire l'esame la seguente notizia:

**E' in stato gravidico?**

**SI**

☐

**NO**

☐

**Spilimbergo** data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### SCHEDA INFORMATIVA

**Data di nascita** \_\_\_\_\_ **Età** \_\_\_\_\_

**Altezza** \_\_\_\_\_ **cm** **Peso** \_\_\_\_\_ **kg**

**Menopausa**

☐ **SI** **dall'età di** \_\_\_\_\_

☐ **NO** **data dell'ultima mestruazione** \_\_\_\_\_

**Recenti indagini radiografiche con Mezzi di Contrasto nelle ultime 24h**

☐ **NO** ☐ **SI**

**Recenti indagini di Medicina Nucleare nelle ultime 24h**

☐ **NO** ☐ **SI**

**Terapie farmacologiche in atto**

☐ **NO**

☐ **SI**, **specificare** \_\_\_\_\_

**Storia familiare di osteoporosi**

☐ **NO** ☐ **SI**

**Fumatrice/Fumatore**

☐ **NO** ☐ **SI**

**Malattie metaboliche (ipertiroidismo, iperparatiroidismo)**

☐ **NO** ☐ **SI**

**Pregresse fratture ossee**

☐ **NO**

☐ **SI** **specificare** \_\_\_\_\_

**Pregressi interventi chirurgici**

☐ **NO**

☐ **SI** **specificare** \_\_\_\_\_

**In che modo ha conosciuto il nostro centro? ( volantini, facebook, sito web, passaparola) \_\_\_\_\_**

