

# **GARANTIRE LA PRIVACY E LA RISERVATEZZA DEL PAZIENTE GUIDA PRATICA PER GLI OPERATORI**

<b>MATRICE DELLE REVISIONI</b>					
<b>REVISIONE</b>	<b>DATA</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>REDAZIONE</b>	<b>VERIFICATA</b>	<b>APPROVATA</b>
00	31.03.2023	1a emissione	Gruppo di lavoro	Direttore SC Informatica e Telecomunicazioni	Direttore Generale

<b>GRUPPO DI LAVORO PER LA REDAZIONE</b>		
de Petris Graziano	Data Protection Officer	SC Informatica e Telecomunicazioni
Perossa Romina	medico	SSD Rischio clinico, Qualità e Accreditamento
Santangelo Elio	medico	UCO Medicina Legale

## INDICE

1. SCOPO .....	4
2. AMBITO DI APPLICAZIONE .....	4
3. ACRONIMI E DEFINIZIONI .....	4
4. RESPONSABILITÀ.....	4
5. MODALITÀ ESECUTIVE.....	4
PREMESSA.....	4
5.1 ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI .....	5
5.1.1 ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO: CASI PARTICOLARI .....	6
5.2. COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI AL MOMENTO DEL RICOVERO .....	6
5.3 INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE DI PAZIENTI RICOVERATI .....	8
5.4 INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI UNA PERSONA IN PRONTO SOCCORSO .....	8
5.5 INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE.....	8
5.6 ALTRE MISURE PER IL RISPETTO DEI DIRITTI DEGLI INTERESSATI.....	9
5.7 ATTESTAZIONE DELLA PRESENZA IN AZIENDA PER PAZIENTI E ACCOMPAGNATORI.....	9
5.8 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA CARTACEA .....	9
5.9 CONSEGNA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA CARTACEA .....	10
5.10 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO ELETTRONICO .....	10
6. GESTIONE DEI DOCUMENTI .....	10
6.1 DISTRIBUZIONE ED ACCESSIBILITÀ.....	10
6.2 CONSERVAZIONE, CONTROLLO E ARCHIVIAZIONE .....	10
7. RIFERIMENTI.....	11
7.1 PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI .....	11
7.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI .....	11
8. DOCUMENTI COLLEGATI.....	11
9. DOCUMENTI ALLEGATI.....	11

## **1. SCOPO**

Scopo del presente documento è quello di fornire delle indicazioni operative per garantire la tutela della riservatezza ai pazienti degenti e a quelli afferenti alle strutture ambulatoriali di ASUGI.

Per maggiori approfondimenti relativi al tema della privacy si rimanda ai documenti presenti su intranet, nella sezione "Privacy".

## **2. AMBITO DI APPLICAZIONE**

La procedura si applica a tutti coloro che accedono alle Strutture di ASUGI per effettuare prestazioni sanitarie.

## **3. ACRONIMI E DEFINIZIONI**

ADT – Applicativo INSIEL "Accettazione – Dimissioni – Trasferimenti" CUP –Centro Unico di Prenotazione

GECO – Applicativo Gestione Consenso

Per le altre definizioni si rimanda all'art. 4 del GDPR (General Data Protection Regulation) 2016/679

DSE – Dossier sanitario Elettronico: strumento di raccolta di dati sanitari in formato elettronico, contenente diverse informazioni inerenti lo stato di salute dell'utente - o di colui che egli rappresenta legalmente - relative a eventi clinici presenti e passati, trattati da ASUGI (es: documentazione relativa a ricoveri, prestazioni ambulatoriali, accessi al pronto soccorso), volto a documentare la storia clinica sanitaria dell'utente, ed è consultabile dal personale autorizzato solo a fronte del consenso esplicito dell'interessato.

FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico: raccolta, in formato digitale, delle informazioni e dei documenti clinici, relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, che riguardano un assistito, prodotti e compilati dai medici e dalle diverse strutture sanitarie e sociosanitarie del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, che lo seguono nei suoi percorsi di cura.

## **4. RESPONSABILITÀ**

La responsabilità dell'applicazione della presente procedura è di tutto il personale di ASUGI coinvolto nel trattamento di dati personali.

## **5. MODALITÀ ESECUTIVE**

### **PREMESSA**

Il trattamento dei dati personali da parte dell'azienda è previsto e consentito da norme di legge e regolamenti specifici.

I dati personali sono necessari per il perseguimento delle seguenti finalità istituzionali:

- medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, ovvero gestioni dei sistemi e servizi sanitari o sociali, compresa la telemedicina e la medicina d'iniziativa (finalità di cura), effettuati da (o sotto la responsabilità di) un professionista sanitario soggetto al segreto professionale o da altra persona anch'essa soggetta all'obbligo di segretezza;
- motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del diritto dell'Unione, di quello nazionale o regionale (ad es: attività amministrative e certificatorie correlate a quelle di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria e qualità del servizio, ecc.);
- motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici (es. emergenza sanitaria conseguente a sismi e sicurezza alimentare).
- Ulteriori trattamenti dei dati personali richiedono ulteriore nota informativa e, dove richiesto, il rilascio del consenso dell'interessato (ad esempio: ai fini dell'implementazione del Dossier Sanitario Elettronico o del Fascicolo Sanitario Elettronico, per attività di medicina cd. predittiva, di ricerca scientifica e nell'ambito delle sperimentazioni cliniche).
- Per il perseguimento della finalità primaria volta alla tutela della salute, potrà essere necessario, in sede di raccolta dei dati (ad esempio la storia clinica del paziente e dei suoi familiari), trattare dati personali dei familiari o conviventi, ove ciò si renda strettamente necessario e sia funzionale all'erogazione della prestazione sanitaria.

### **5.1 ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Al momento del primo contatto del paziente con la struttura il personale deve raccogliere il consenso al trattamento dei dati personali per l'implementazione del FSE e del DSE.

A tale scopo è necessario collegarsi all'Anagrafe Unica Regionale, che:

- fornisce indicazioni dei consensi rilasciati dal cittadino a tutte le Aziende della Regione;
- dà la possibilità di registrare un nuovo consenso o di modificare quello esistente.

La verifica della raccolta del consenso al trattamento dei dati personali deve essere effettuata:

- dal personale degli ambulatori prima dell'effettuazione di prestazioni ambulatoriali;
- dal personale dell'accettazione per i ricoveri programmati.

Se il paziente non ha ancora espresso il consenso al trattamento dei dati personali per il FSE / DSE sarà compito del personale afferente alle strutture sopra elencate acquisire il consenso del paziente.

Il personale del Pronto Soccorso al momento dell'accesso del paziente può attivare il consenso per i casi urgenti solo e soltanto in caso di:

- impossibilità fisica, incapacità di intendere e di volere dell'interessato;
- rischio grave, imminente e irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato;
- prestazione medica con le caratteristiche dell'emergenza / urgenza, che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso.

Il consenso al trattamento può essere redatto:

- direttamente in GE.CO. (Gestione Consenso) dall'operatore.

- dall'utente sottoscrivendo l'apposito modulo cartaceo e a posteriori inserito dall'operatore in GE.CO.

Tutti i consensi cartacei raccolti vengono inseriti in apposite buste ed inviati all'Ufficio GE.CO. presso l'ospedale Maggiore.

Il cittadino può esercitare il proprio diritto come previsto dagli artt. dal 15 al 22 del GDPR e come indicato dal Garante della Privacy nelle Linee guida.

### **5.1.1 Acquisizione del consenso al trattamento: casi particolari**

Se l'interessato non può prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per impossibilità fisica o per incapacità di intendere e di volere, il consenso è manifestato dal legale rappresentante, da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato.

Dopo il raggiungimento della maggiore età bisogna proporre al diretto interessato l'informativa ed eventualmente acquisire il relativo consenso quando questo è necessario.

L'informativa e il consenso possono essere resi successivamente alla prestazione sanitaria in caso di:

- impossibilità fisica, incapacità di intendere e di volere dell'interessato;
- rischio grave, imminente e irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato;
- prestazione medica con le caratteristiche dell'emergenza / urgenza, che può essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso.


### **5.2. COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI AL MOMENTO DEL RICOVERO**

Al momento del ricovero bisogna stampare dal sistema applicativo ADT (sezione stampe > scheda accettazione) il modulo "Scheda di rilevazione dati per l'accettazione amministrativa" (allegato 1) nella quale il paziente indicherà:

- il consenso a divulgare informazioni relative alla sua presenza presso il reparto di degenza
- le persone alle quali possono essere fornite informazioni sul proprio stato di salute

La "Scheda di rilevazione dati per l'accettazione amministrativa" dovrà essere stampata, compilata e conservata in cartella clinica.

Se il paziente nega il consenso a divulgare informazioni sulla sua presenza nella struttura, nel dettaglio del ricovero (su ADT) si toglie la spunta di visibilità: la portineria (che ha in dotazione lo stesso applicativo con l'elenco dei degenti) non avrà in visualizzazione il nominativo del paziente che ha negato il consenso.

ADT		
Stampe disponibili		
Elenco stampe		
<input type="checkbox"/>	Nome stampa	Numero copie
<input type="checkbox"/>	Cartella	1
<input checked="" type="checkbox"/>	Scheda accettazione 	1
<input type="checkbox"/>	Verbale	1
<input type="checkbox"/>	Certificato	1
<input type="checkbox"/>	Braccialetto	1
<input type="checkbox"/>	Braccialetto pediatrico	1
<input type="checkbox"/>	Etichette laboratorio	1
<input type="checkbox"/>	Etichette indirizzi	1
<input type="checkbox"/>	Certificato storico	1

Nel caso in cui il paziente abbia contrassegnato NO nel modulo del consenso

### DICHIARAZIONE DELL'UTENTE


Preso atto della normativa vigente sulla tutela della riservatezza dei dati personali,

**esprimo il mio consenso**

- |  |    |               |
|--|----|---------------|
| - al ricovero, consapevole che il trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano avverrà secondo le modalità e con le finalità indicate nella normativa:   | SI | NO            |
| - a che i miei dati sanitari vengano comunicati, nel mio esclusivo interesse, alle strutture sanitarie/assistenziali eventualmente coinvolte nel mio percorso di salute (es. Distretto, Casa di Riposo, RSA, altri ospedali, ecc): | SI | NO            |
| - a che venga data notizia del mio ricovero in questa struttura alle persone che ne facciano richiesta:  | SI | <del>NO</del> |

Viene tolta la spunta nel check box dedicato su ADT e il nominativo non comparirà nell'elenco a disposizione in ADT per i centralinisti.

**Dettaglio Ricovero** Gestione Dettaglio Ricovero per nato/a il

Dati Ricovero	
Anno/Numero	<input type="text"/> <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> Presente
Prenotazione	<input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>  Arrivo in reparto
Accettazione	<input type="text"/> <input type="text"/> Rilevazione dolore <input type="text"/> SI <input type="text"/> V
Provenienza	<input type="text"/> Dipendenza assist. Acc. <input type="text"/> Ric. <input type="text"/> Dim. <input type="text"/>
Motivo	<input type="text"/> Traumatismo <input type="text"/>
Onere degenza	<input type="text"/> Ente debitore ASUGI - AZIENDA SANITARIA UNIVEI
Reparto curante	<input type="text"/> Med. proponente <input type="text"/>
Med. accettante	<input type="text"/> Stanza/Letto <input type="text"/> / <input type="text"/>
Reparto ospitante	<input type="text"/> Classe ASA <input type="text"/>
Osp. provenienza	<input type="text"/> Osp. Anno Num PS <input type="text"/> Ref Pub Sic <input type="checkbox"/>
Invio certificato INPS	<input type="checkbox"/>

### 5.3 INFORMAZIONI SULLA PRESENZA IN OSPEDALE DI PAZIENTI RICOVERATI

Le informazioni sul ricovero di un utente possono essere divulgate solo se il paziente ha dato espressamente il consenso. Tale consenso viene espresso sottoscrivendo il modulo “Scheda accettazione dati per l'accettazione amministrativa”, che viene stampato direttamente dal sistema applicativo ADT in fase di accoglienza.

Se il paziente nega il consenso, la portineria non avrà in visualizzazione il nominativo del paziente che ha negato il consenso.

Se il paziente, invece, fornisce il consenso, il personale della portineria potrà – qualora richiesto – fornire indicazioni sulla presenza in ospedale del paziente.

### 5.4 INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI UNA PERSONA IN PRONTO SOCCORSO

Qualora il Pronto Soccorso venisse interpellato telefonicamente da qualcuno che chiede notizie in merito alla presenza di una persona nella struttura, il personale non può fornire alcuna informazione, a meno che non si tratti di un contatto telefonico con persona nota o già identificata in precedenza (ad esempio un familiare che ha accompagnato il paziente in Pronto Soccorso e con il quale è stato concordato un successivo contatto telefonico).

Ove le condizioni del paziente lo consentano andrà preventivamente richiesto il consenso all'interessato.

### 5.5 INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

Al momento del ricovero il personale medico e infermieristico dovrà chiedere al paziente l'elenco delle persone alle quali potranno essere fornite informazioni sul proprio stato di salute.

I nominativi forniti dovranno essere riportati sulla “Scheda di rilevazione dati per l'accettazione amministrativa” (allegato 1), che dovrà essere conservato in cartella clinica.



Nel corso della degenza il personale sanitario potrà fornire informazioni sullo stato di salute solo alle persone preventivamente indicate dal paziente.

## **5.6 ALTRE MISURE PER IL RISPETTO DEI DIRITTI DEGLI INTERESSATI**

Il personale operante nell'Azienda sanitaria deve adottare delle misure idonee per garantire, nell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi, il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale. Le misure da adottare sono le seguenti:

- rispettare, in relazione a prestazioni sanitarie o ad adempimenti amministrativi preceduti da un periodo di attesa all'interno di strutture, un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati prescindendo dalla loro individuazione nominativa;
- agli sportelli (es. CUP) o al momento dell'acquisizione delle informazioni sullo stato di salute devono essere istituite appropriate distanze di cortesia, sensibilizzando anche gli utenti con cartelli, segnali e inviti;
- prevenire, durante i colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute;
- evitare che le prestazioni sanitarie, ivi compresa l'eventuale documentazione di anamnesi, avvengano in situazioni di promiscuità derivanti dalle modalità o dai locali prescelti;
- rispettare la dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati; in occasione delle visite mediche e di altri interventi clinici o assistenziali che potrebbero violare la dignità personale o il senso del pudore del paziente utilizzare tende o paraventi.

## **5.7 ATTESTAZIONE DELLA PRESENZA IN AZIENDA PER PAZIENTI E ACCOMPAGNATORI**

È doveroso prevenire, nei confronti di estranei, un'esplicita correlazione tra l'interessato e reparti o strutture, indicativa dell'esistenza di un particolare stato di salute: nel caso di rilascio di attestazione della presenza (per accertamenti sanitari o per accompagnamento o assistenza) di una persona presso la Struttura (ad esempio il giustificativo per il datore di lavoro) andrà indicata pertanto solo l'intestazione dell'Azienda e non il reparto presso il quale la prestazione è stata effettuata; a tal fine andrà utilizzato esclusivamente il modulo di cui all'allegato 2 (e non la carta intestata della struttura).

Il rationale cui si è fatto riferimento risponde a criteri di garanzia e tutela dei dati del richiedente (è prevista infatti unicamente la sezione firma dell'incaricato e l'apposizione del timbro aziendale - generico/non personale o di Struttura che potrebbe fornire informazioni, anche indirette, relative alle problematiche di salute del richiedente).

L'attestazione viene rilasciata dalla segreteria del reparto / ambulatorio su richiesta dell'interessato.

## **5.8 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA CARTACEA**

Si ricorda brevemente che la documentazione sanitaria cartacea:

- deve essere custodita in modo da non essere accessibile a persone non incaricate del trattamento (es. armadi o cassetti chiusi a chiave).
- I documenti contenenti dati personali che vengono prelevati dagli archivi per l'attività quotidiana devono esservi riposti a fine giornata.

- I documenti contenenti dati personali non devono rimanere incustoditi su scrivanie o tavoli di lavoro.
- qualora si ricevono nella propria stanza utenti e cittadini e si tengono sulla propria scrivania cartelle e fascicoli, si consiglia di fare attenzione a rivoltare le cartelle o di inserire (a seconda delle necessità operative e organizzative) sul frontespizio delle stesse dati ed informazioni che non permettano a terzi estranei di percepire l'identità dei soggetti interessati dal trattamento
- distruzione delle copie cartacee (per lo smaltimento della documentazione in originale si rimanda alla procedura dedicata): è necessario prima di gettare la documentazione nel cestino della carta provvedere a renderne non comprensibile il contenuto. Al fine di realizzare il predetto scopo potranno essere utilizzati apparati distruggi documenti o altri più banali accorgimenti come ad esempio lo strappo dei documenti, la separazione del dato identificativo dal resto delle informazioni mediante separazione fisica dei fogli, etc;
- fax: questo strumento non è idoneo a garantire la tutela della riservatezza dei dati.

## **5.9 CONSEGNA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA CARTACEA**

La consegna di documentazione sanitaria (analisi, cartelle cliniche, prescrizioni etc) deve avvenire sempre in busta chiusa verificando, mediante esibizione di un documento, le generalità della persona.

In situazioni di promiscuità, ad esempio locali per più prestazioni, sportelli, deve inoltre avvenire garantendo il rispetto di adeguate distanze di cortesia.

Si ricorda che la documentazione sanitaria può essere consegnata solo all'interessato o al suo legale rappresentante; è possibile la consegna a terzi solo previa esibizione del modulo di delega al ritiro e di un documento di identità, accompagnato da copia del documento di identità del delegante.

## **5.10 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN FORMATO ELETTRONICO**

Si rimanda al "Regolamento per l'utilizzo delle risorse informatiche e telematiche" pubblicato su intranet nella sezione Informatica e Telecomunicazioni » Regolamenti, disponibile al link sottostante:

[HTTP://WWW.AOUTS.SANITA.FVG.IT/STC/PERSONALE/2022/REGOLAMENTO%20USO%20RISORSE%20IT.PDF](http://www.aouts.sanita.fvg.it/stc/personale/2022/regolamento%20uso%20risorse%20it.pdf)

## **6. GESTIONE DEI DOCUMENTI**

### **6.1 DISTRIBUZIONE ED ACCESSIBILITÀ**

La presente procedura viene divulgata mediante il portale Intranet aziendale e mediante invio con email istituzionale.

### **6.2 CONSERVAZIONE, CONTROLLO E ARCHIVIAZIONE**

Il modulo per l'acquisizione del consenso al trattamento dei dati sanitari è archiviato in ordine cronologico presso l'Ufficio GE.CO. di ASUGI.

Il modulo “Scheda accettazione dati per l’accettazione amministrativa” deve essere conservato nella cartella clinica, della quale diventa parte integrante.

## **7. RIFERIMENTI**

### **7.1 PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 e successive modificazioni e integrazioni
- D. Lsg. 10 agosto 2018, n. 101

### **7.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

Non applicabile.

## **8. DOCUMENTI COLLEGATI**

Per approfondimenti e documenti collegati consultare il sito web di ASUGI al seguente link:

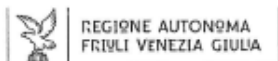
[AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA \(ASUGI\) - CONSENSO TRATTAMENTO DATI \(PRIVACY\)](#)

e le sezioni “Informatica e telecomunicazione” e “Privacy” presenti su Intranet.

## **9. DOCUMENTI ALLEGATI**

- ALLEGATO 1 - SCHEDE ACCETTAZIONE DATI PER L'ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA
- ALLEGATO 2 - ATTESTAZIONE DI PRESENZA PAZIENTI E ACCOMPAGNATORI

**ALLEGATO 1 - SCHEDA ACCETTAZIONE DATI PER L'ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA**



**Presidio Ospedaliero "Cattinara e Maggiore"**

34100 TRIESTE (TS) - strada di Fiume 447

**Scheda di rilevazione dati per l'accettazione amministrativa**

**Admissions Office Patient Data Collection Form**

Unità operativa (hospital operative unit): \_\_\_\_\_

Ricovero del (admission date): \_\_\_\_\_ n. cartella (hosp. record number) \_\_\_\_\_

signor/a (Mr., Miss, Mrs., Ms.): \_\_\_\_\_

codice fiscale (fiscal code no.): \_\_\_\_\_

nato/a il (date of birth): \_\_\_\_\_ a/in (city/state of birth): \_\_\_\_\_

cittadinanza (citizenship): ITALIA stato civile (marital status): \_\_\_\_\_

titolo di studio (level of education): \_\_\_\_\_ professione (profession): \_\_\_\_\_

telefono (mobile phone number): \_\_\_\_\_

residenza (home address): \_\_\_\_\_

recapito (mailing address): \_\_\_\_\_

tessera n. (Italian health care number (if applicable)): \_\_\_\_\_ Med. curante (primary care physician): \_\_\_\_\_

ASL (Local Health District): ASUGI - AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

**DICHIARAZIONE DELL'UTENTE (PATIENT DECLARATION)**

Preso atto della normativa vigente sulla tutela della riservatezza dei dati personali (articolo 13 del Regolamento (UE) 2016-679) - (Acknowledging the current legislation regarding the protection of personal data (art. 13 of Regulation (EU) 2016-679))

**esprimo il mio consenso (I express my consent to)**

- al ricovero, consapevole che il trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano avverrà secondo le modalità e con le finalità indicate nella normativa (on admission - (I am aware that handling of my personal and sensitive data will occur according to the standards and purposes outlined in the legislation)) SI (YES) NO

- a che i miei dati sanitari vengano comunicati, nel mio esclusivo interesse, alle strutture sanitarie/assistenziali eventualmente coinvolte nel mio percorso di salute (es. Distretto, Casa di Riposo, RSA, altri ospedali, ecc) - (disclosure of my medical information, in my best interest, to external Health Care facilities involved in my care (i.e. Health District/nursing homes/hospice centers/other hospitals, etc)); SI (YES) NO

- a che venga data notizia del mio ricovero in questa struttura alle persone che ne facciano richiesta - (release of my admission status to persons who inquire); SI (YES) NO

Preso atto del D.M. del 18 aprile 2012 riguardante la possibilità di inviare il certificato telematico di malattia. (Acknowledging Ministerial Decree (D.M.) dated 18 April 2012 regarding the request for an electronic health certificate (sick leave))

**chiedo (I request)**

il rilascio della certificazione telematica di malattia (the release of an electronic health certificate) SI (YES) NO

**chiedo inoltre che le notizie sul mio stato di salute vengano, se richieste, comunicate**

(I also authorize that my health status be disclosed to the following persons if requested)

- ai familiari: (to family members): \_\_\_\_\_ SI (YES) - specificare il nome (specify name) NO

- al medico da me prescelto: (to primary care provider): \_\_\_\_\_ SI (YES) - specificare il nome (specify name) NO

- alle seguenti persone: (to the following persons): \_\_\_\_\_

Dichiara, anche con le finalità di autocertificazione, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false, che i propri dati personali sopra indicati corrispondono a verità. - (Declares, and self-certifies, aware of applicable sanctions related to the provision of false statements, that the personal data provided above is truthful).

**Firma del paziente (Patient signature)**

Impossibilità attuale alla firma (Indicare le persone alla cui presenza il consenso è stato manifestato) - (Patient unable to sign. (Write the name (s) of the person(s) in whose presence the consent was expressed))

Firma dell'esercente la patria potestà/tutela (se l'utente è minore o incapace) - (Signature of Legal Guardian (if the patient is a minor or incapacitated))

## ATTESTAZIONE DI PRESENZA /ACCOMPAGNAMENTO PER PRESTAZIONE SANITARIA

### SI ATTESTA

che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(cognome e nome)

è stato/a presente in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ : \_\_\_\_

presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina:

per eseguire prestazioni sanitarie

per accompagnare il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il  
(cognome e nome)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ad eseguire prestazioni sanitarie.



Firma dell'incaricato

\_\_\_\_\_

Si rilascia in carta libera su richiesta dell'interessato/a

Chi accompagna la persona dichiara, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 76, di chiamarsi [Cognome] \_\_\_\_\_, [Nome] \_\_\_\_\_, di essere nato/a a \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, di essere residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza/altro \_\_\_\_\_ e di essere a conoscenza della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 75.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_