

### **NOTA INFORMATIVA RELATIVA ALL'ESAME RM**

La Risonanza Magnetica (RM) è una tecnica diagnostica che non utilizza radiazioni ionizzanti o sostanze radioattive. La diagnostica mediante RM sfrutta l'impiego di intensi campi statici di induzione magnetica e onde elettromagnetiche a radio frequenza. In alcuni tipi di indagine possono anche essere somministrate al paziente, per via endovenosa, alcune sostanze con proprietà paramagnetiche come mezzo di contrasto. Ad eccezione di tali casi, la RM si configura come un esame diagnostico non invasivo. Nel caso di esami su donne in stato di gravidanza accertata o presunta, particolare attenzione è rivolta alla giustificazione, in particolare in regime di urgenza, e all'ottimizzazione dell'esame RM, nei confronti e tenendo conto sia della paziente che del nascituro. Nel corso dell'esame RM è molto rara l'insorgenza di reazioni avverse. L'evenienza più probabile è rappresentata da una crisi di claustrofobia a carattere passeggero.

### **ESECUZIONE DELL'ESAME RM**

I pazienti possono essere sottoposti all'esame RM solo previa esclusione di ogni possibile controindicazione all'esame RM, da accertarsi a cura del Medico Responsabile della prestazione diagnostica (MRP), previo utilizzo dell'apposito questionario anamnestico e del modulo di consenso informato. Per effettuare l'esame RM è necessario che il paziente, ove del caso supportato dal personale di servizio:

- tolga eventuale trucco per il viso e lacca per capelli;
- depositi nello spogliatoio o negli appositi armadietti ogni oggetto metallico, ferromagnetico o di supporto magnetico (telefoni cellulari, monete, orologi, chiavi, orecchini, spille, gioielli, fermagli per capelli, tessere magnetiche, carte di credito, ecc.);
- tolga eventuali protesi dentarie e apparecchi per l'udito;
- tolga lenti a contatto o occhiali;
- si spogli, e successivamente indossi l'apposito camice monouso fornito dal personale di servizio;
- utilizzi la cuffia o gli appositi tappi auricolari forniti.

La durata media dell'esame RM è approssimativamente pari a 30 minuti, ma può variare in relazione a esigenze cliniche e al numero di distretti anatomici da esaminare. Durante la fase di acquisizione dati dell'esame RM sono udibili dei rumori ritmici di intensità variabile provocati dal normale funzionamento dell'apparecchiatura RM. Le condizioni di ventilazione, illuminazione e temperatura sono tali da assicurare il massimo benessere, e ridurre possibili effetti claustrofobici. Durante la fase di esame è necessario rimanere tranquilli e mantenere il massimo grado di immobilità per non compromettere il risultato diagnostico dell'immagine. La respirazione regolare e la deglutizione della saliva non disturbano l'esame. In alcuni tipi di indagine può essere richiesto al paziente di collaborare mediante atti respiratori e brevi periodi di apnea al fine di migliorare la qualità diagnostica delle immagini.

Nella sala comando è sempre presente personale di servizio pronto ad intervenire in caso di qualsiasi necessità. Il paziente è sempre in contatto vocale, acustico e visivo con gli operatori, che eseguono un controllo costante durante tutta la fase di esame. In caso di insorgenza di disturbi, come sensazione di claustrofobia, calore, prurito, affanno, palpitazioni o svenimento, è opportuno che il paziente avverta quanto prima il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM, utilizzando gli appositi dispositivi di segnalazione.

Per effettuare l'esame RM occorre rimuovere: eventuali lenti a contatto - apparecchi per l'udito - dentiera - corone temporanee mobili - cinta erniaria - fermagli per capelli - mollette - occhiali - gioielli - orologi - carte di credito o altre schede magnetiche - coltelli tascabili - ferma soldi - monete - chiavi - ganci - automatici - bottoni metallici - spille - vestiti con lampo - calze di nylon - indumenti in acrilico - pinzette metalliche - punti metallici - limette - forbici - altri eventuali oggetti metallici. Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

### **QUESTIONARIO PRELIMINARE**

Il questionario anamnestico ha lo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esame RM o la non pertinenza di specifici approfondimenti preventivi. Tale questionario deve essere attentamente compilato dall'equipe RM e firmato dal Medico Responsabile della Prestazione Diagnostica, il quale, in relazione alle risposte fornite dal paziente, può concludere che non sussistano controindicazioni all'esame RM. La controfirma del paziente a piè della medesima pagina, in calce alla formula del consenso, garantisce – fra le altre, anche la sua piena consapevolezza delle gravi conseguenze che possono rivestire risposte falsi o mendaci ai quesiti sottoposti.

### **ANSIOLISI / SEDAZIONE COSCIENTE DURANTE UN ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

L'ansiolisi è una condizione indotta farmacologicamente che elimina l'ansia, l'agitazione psicomotoria e lo squilibrio emotivo senza alterare la funzione respiratoria e cognitiva del paziente, che è capace di rispondere agli stimoli verbali.

Durante un esame di risonanza magnetica, su richiesta del paziente e solo dopo preventiva programmazione, è possibile la somministrazione di:

- Ansiolitici (*Diazepam*), per impedire attacchi di panico o stati d'ansia gravi che inficerebbero l'indagine.

L'ansiolisi può essere gravata da:

- Problemi cardiorespiratori come alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco;
- Rare complicanze respiratorie (isolati casi di broncospasmo e depressioni respiratorie);
- Rarissime reazioni allergiche
- Prolungata sonnolenza

**Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.**



## ESAMI DI RISONANZA MAGNETICA

Gentile paziente Sig./Sig.ra:

apporre l'etichetta con i dati del paziente

Peso (Kg) \_\_\_\_\_

Altezza (cm) \_\_\_\_\_

Oppure

(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

in qualità di: [ ] Esercente la potestà genitoriale [ ] Tutore [ ] Amministratore di sostegno [ ] Legale rappresentante

Questionario somministrato da: \_\_\_\_\_ [ ] INFERMIERE [ ] TRSM [ ] MEDICO RADIOLOGO

INDAGINE RICHIESTA \_\_\_\_\_ MEDICO RICHIEDENTE L'ESAME RMN \_\_\_\_\_

### Questionario Preliminare

Ha eseguito in precedenza esami RM?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha avuto reazioni allergiche dopo la somministrazione del mezzo di contrasto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Ha mai lavorato o lavora come saldatore, tornitore o carrozziere?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Ha mai subito incidenti stradali o incidenti di caccia?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' stato vittima di traumi da esplosioni?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' in stato di gravidanza? Ultime mestruazioni avvenute:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha subito interventi chirurgici su: <input type="checkbox"/> testa <input type="checkbox"/> addome <input type="checkbox"/> collo <input type="checkbox"/> estremità <input type="checkbox"/> torace <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>È a conoscenza di avere uno o più dispositivi medici o corpi metallici all'interno del corpo?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di pace-maker cardiaco o di altri tipi di cateteri cardiaci?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di schegge o frammenti metallici?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di clips su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Valvole cardiache?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Stents?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di defibrillatori impiantati?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di distrattori (protesi) della colonna vertebrale?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di pompa di infusione per insulina o altri farmaci?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Altri tipi di stimolatori?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di spirali (IUD) o altri corpi intrauterini?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di derivazione spinale o ventricolare?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di protesi dentarie fisse o mobili?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>E' portatore di protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi correttivi articolari, ecc.) come viti, chiodi, fili, ecc?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Altre protesi? Localizzazione:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Ritiene di poter avere protesi / apparecchi o altri corpi metallici all'interno del corpo di cui potrebbe NON essere a conoscenza?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Informazioni supplementari:	
<b>E' affetto da anemia falciforme?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

E' portatore di protesi del cristallino?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
E' portatore di piercing? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presenta tatuaggi? Localizzazione:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sta utilizzando cerotti medicali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Il Medico Responsabile dell'esecuzione dell'esame RM preso atto delle risposte fornite dal paziente ed espletata l'eventuale visita medica e/o ulteriori indagini diagnostiche preliminari

### AUTORIZZA l'esecuzione dell'indagine RM

Dott. Degano Gian Paolo  
 Dott. Rositani Pasquale

Dott.ssa Ulcigrai Veronica  
 Dott.ssa Cimino Elisa

Dott. Shariat Razavi Iradj  
 Dott.ssa Budai Caterina

Dott.ssa Panozzo Myriam

Tricesimo, **Data**

Firma del Medico .....

### CONSENSO INFORMATO ALL'ESAME RM

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM. Pertanto, consapevole dell'importanza delle risposte fornite (v. nota informativa – "Maggio 2025; NOTA INFORMATIVA RM")

### ACCONSENTE all'esecuzione dell'esame

Tricesimo, **Data**

Firma del paziente .....

### CONSENSO INFORMATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione del mezzo di contrasto. Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici diagnostici e dei rischi correlati (v. nota informativa – "Maggio 2025; NOTA INFORMATIVA RM" – paragrafo "Somministrazione del mezzo di contrasto in RM")

### ACCONSENTE alla somministrazione del mezzo di contrasto

Tricesimo, **Data**

Firma del paziente .....

### CONSENSO INFORMATO ALL'ANSIOLISI/SEDAZIONE COSCIENTE

Il paziente ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi legati alla somministrazione di ansiolitici (Diazepam). Pertanto, reso edotto dal Medico Responsabile della prestazione diagnostica della valutazione dei benefici e dei rischi collegati (v. nota informativa – "Maggio 2025; NOTA INFORMATIVA RM" – paragrafo "Ansiolisi / sedazione cosciente durante un esame di risonanza magnetica")

### ACCONSENTE alla somministrazione di Diazepam

Tricesimo, **Data**

Firma del paziente .....

### REVOCA DEL CONSENSO

(Cognome e Nome) \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

REVOCA IL CONSENSO     all'esecuzione dell'esame     alla somministrazione del MdC     alla somministrazione di Diazepam

Data \_\_\_\_\_ Firma del paziente / genitore / tutore / amministratore di sostegno / legale rappresentante \_\_\_\_\_

Firma del Medico radiologo responsabile della prestazione \_\_\_\_\_

**REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n° 679/16**  
**D.Lgs. 101/18 di modifica D.Lgs. 196/03 “Codice in materia di trattamento dei dati personali”**

ESPRESSIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto, **Cognome e Nome**

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

- Per sé

Oppure

Il sottoscritto (indicare Cognome, Nome e data di nascita)

in qualità di:

- Esercente la responsabilità genitoriale (*allegare documento di identità*)
- Tutore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)
- Curatore (*allegare documenti certificanti e documento di identità*)
- Amministratore di sostegno (*si allegano documenti certificanti/copia decreto di nomina e documento di identità*)
- Legale rappresentante (*si allegano documenti certificanti e documento di identità*)

di **Cognome e Nome**

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ricevuta e compresa l'informativa conferita ai sensi dell'art. 13 della normativa vigente;

Preso atto che ai sensi del provvedimento del Garante privacy del 07 marzo 2019 i trattamenti di dati necessari alla prestazione sanitaria richiesta, se effettuata da professionisti sanitari tenuti al segreto professionale o ad obbligo di segretezza, non richiedono consenso dell'interessato che invece risulta necessario per tutti gli altri trattamenti attinenti, solo in senso lato, alla cura, per le seguenti attività:

**1) Trattamento del dossier sanitario interno per le finalità di diagnosi e cura.**

*Il trattamento non comprende i dati riguardanti le prestazioni eseguite presso altre strutture pubbliche o private. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.*

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

**2) Comunicazione di dati sanitari a medico esterno (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o altri specialisti) su richiesta e/o in casi di necessità determinati dalle condizioni di salute del paziente.**

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

**3) Invio immagini diagnostiche per la refertazione ad un centro esterno**

*Possibilità di invio delle indagini diagnostiche eseguite per via telematica in altra sede per interpretazione e refertazione. L'invio avviene in modalità sicura tramite VPN.*

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

**4) Invio campioni biologici a laboratorio esterno**

*SaniRad è punto prelievi e si affida a laboratori esteri per l'analisi dei campioni. La negazione del consenso non consente di procedere all'erogazione della prestazione.*

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

**5) Attivazione servizi on-line (pubblicazione referti sul portale “referti on-line” del sito internet [www.sanirad.it](http://www.sanirad.it)).**

*L'accesso al portale avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di sicurezza che vengono comunicate nel contesto delle procedure di accettazione. Il servizio comprende l'invio di messaggi di notifica di “referto pronto”.*

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

**6) Invio promemoria per attività programmate o da programmare e messaggi di notifica (e-mail, sms, posta)**

*Il servizio prevede l'invio di messaggi di promemoria per prenotazioni effettuate, da effettuare e l'invio di modulistica relativa alle prestazioni da eseguire*

] ACCONSENTO                       ] NON ACCONSENTO

**7) Invio di comunicazioni informative sull'attività aziendale (e-mail, sms, posta)**

*Le comunicazioni riguarderanno l'avvio di nuove attività, l'inserimento di nuovi professionisti, la pianificazione di giornate di prevenzione o informazioni sull'organizzazione aziendale.*

] ACCONSENTO                       ] NON ACCONSENTO

**8) Utilizzo firma grafometrica**

*La firma grafometrica è un particolare tipo di firma elettronica che si ottiene nel momento in cui l'utente appone la sua firma su un tablet legando i suoi dati biometrici al documento elettronico firmato. L'utilizzo della firma grafometrica consente un'agevole raccolta, conservazione e consultazione delle scelte effettuate dall'utente.*

] ACCONSENTO                       ] NON ACCONSENTO

Nel caso in cui acconsenta a tale utilizzo dei dati, Le ricordiamo che, ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati, potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento in oggetto, mediante l'invio di una e-mail al seguente indirizzo [dpo.privacy@sanirad.it](mailto:dpo.privacy@sanirad.it).

In ogni momento potrà inoltre esercitare tutti i diritti di cui al punto "diritti dell'interessato" dell'informativa (tra cui i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e di cancellazione, oblio, portabilità) con comunicazione scritta da inviare al titolare o al DPO agli indirizzi indicati in informativa.

data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Nell'impossibilità da parte dell'utente **Cognome e Nome** di firmare materialmente per (indicare il motivo) \_\_\_\_\_ l'operatore incaricato sottoscritto \_\_\_\_\_ dà atto del comportamento concludente in tal senso da parte dell'utente stesso.

data \_\_\_\_\_

Firma leggibile dell'operatore \_\_\_\_\_

## REGOLAMENTO EUROPEO General Data Protection Regulation n. 679/16 D.Lgs. 101/18

### Informazioni ex art. 13

#### Gentile Paziente,

La informiamo che, in ottemperanza all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato ai principi di **sicurezza, integrità, correttezza, liceità, trasparenza, adeguatezza, pertinenza, esattezza, limitatezza alle finalità di cui al trattamento (minimizzazione), limitatezza nella conservazione al tempo strettamente necessario ai fini della raccolta, dando così piena tutela ai Suoi diritti.**

A tal fine La informiamo di quanto segue:

#### Titolari dei dati

**saniRad srl** - con sede legale in Tricesimo (UD) – via J.F. Kennedy n° 3, **Poliambulatorio via XI febbraio srl** – con sede legale in Tricesimo (UD) – via 11 febbraio n° 27 nelle persone dei rappresentanti legali e **dott. Gian Paolo Degano** - con sede legale in Tricesimo (UD) – via J.F. Kennedy n° 3 **agiscono in contitolarità per il trattamento dei dati afferenti alle strutture/studio di riferimento.**

#### Data Protection Officer

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) è contattabile all'indirizzo e-mail [dpo.privacy@sanirad.it](mailto:dpo.privacy@sanirad.it)

#### Finalità e base giuridica del trattamento

I dati da Lei forniti, ivi compresi quelli c.d. "particolari", ex art. 9 GDPR, verranno utilizzati per le seguenti finalità:

- finalità di prevenzione e tutela della salute (attività di diagnosi, cura);
- attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alle prestazioni erogate e, in generale, alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione di visite ed esami, gestione incassi e pagamenti, etc.);
- finalità di programmazione e gestione dell'attività sanitaria
- condivisione dei dati mediante il dossier sanitario (DS)
- accertamento, esercizio e/o difesa di un diritto nelle sedi competenti
- consegna dei referti con modalità digitali (accesso sul portale web aziendale).

Tutti i dati personali comuni e particolari da Lei comunicati sono trattati dal Titolare sulla base di uno o più dei seguenti presupposti di liceità:

- il Suo consenso;
- l'adempimento di obblighi contrattuali o di legge;
- la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato e/o della collettività;
- l'esercizio di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri.

#### Modalità del trattamento

I dati personali sono trattati - secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza - con sistemi manuali, informatici e automatizzati. Si precisa, in particolare, che i Suoi dati personali sono oggetto di trattamento da parte di soggetti debitamente incaricati all'assolvimento di tali compiti, costantemente identificati e autorizzati, opportunamente istruiti e resi edotti dei vincoli imposti dalla legge, nonché mediante l'impiego di misure di sicurezza atte a garantire la tutela della sua riservatezza e ad evitare i rischi di perdita o distruzione, di accessi non autorizzati, di trattamenti non consentiti o non conformi alle finalità di cui sopra. Le misure di sicurezza vengono costantemente aggiornate in base allo sviluppo tecnologico.

#### Firma grafometrica

Il consenso al trattamento dei dati, per le casistiche previste dal provvedimento del Garante Privacy n° 55 del 07/03/2019, può essere raccolto utilizzando il sistema della firma grafometrica. Trattasi di una firma elettronica avanzata che consiste nella rilevazione dei dati biometrici del paziente nel momento in cui appone la sua firma su un tablet collegato al database interno legando gli stessi indissolubilmente al documento elettronico che ne scaturisce, con le scelte effettuate. La firma grafometrica raccolta non va a costituire banche dati e viene conservata digitalmente su documento elettronico solo allo scopo di rispettare le scelte apposte in materia di trattamento dei dati.

#### Natura obbligatoria del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie è obbligatorio. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alle lett. a), b), c), e), comporta l'impossibilità, per il Titolare, di erogare la prestazione richiesta. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alla lett. d), comporta l'impossibilità per i professionisti operanti in Azienda, diversi da quelli che hanno prodotto i dati relativi agli eventi clinici, di avere accesso alla Sua storia clinica. Il rifiuto di fornire i dati richiesti per le finalità di cui alla lett. f), comporta l'impossibilità per l'Azienda di fornire i referti per il tramite dei canali digitali.

#### Ambito di comunicazione dei dati

Nello svolgimento della propria attività e per il solo perseguimento delle finalità sopra esplicitate, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi dati personali, anche riguardanti il Suo stato di salute a:

- enti sanitari e ospedalieri pubblici e privati, enti del servizio sanitario regionale e nazionale;
- enti previdenziali;
- soggetti terzi destinatari per legge o per regolamento;
- fornitori di servizi strettamente correlati e funzionali alle attività del Titolare, i quali opereranno in qualità di titolari autonomi o responsabili del trattamento, ex art. 28 GDPR;
- tutti i soggetti non rientranti nelle categorie sopra riportate per i quali esiste un obbligo legale di comunicazione o altri soggetti di cui si acquisiscono specifiche autorizzazioni in caso di richiesta;
- altri soggetti autorizzati dall'Interessato a ricevere la comunicazione dei dati sanitari.

I dati non saranno oggetto di diffusione, fatta salva l'ipotesi in cui la stessa sia richiesta da pubbliche autorità per finalità di difesa, sicurezza dello Stato, prevenzione, accertamento o repressione di reati.

Qualora il trattamento dei dati comportasse il trasferimento verso un paese extra-UE o un'Organizzazione internazionale, saranno applicate le garanzie previste dall'art. 46 del GDPR.

#### Periodo di conservazione dei dati

Il Titolare rende noto che i dati personali dell'Interessato, oggetto del trattamento, saranno trattati per il solo periodo di tempo necessario al raggiungimento delle finalità espresse, dopodiché verranno conservati unicamente in esecuzione degli obblighi di legge vigenti in materia, nel rispetto dei tempi di conservazione previsti dalle normative e applicabili.

Per i trattamenti basati sul consenso si specifica che l'Utente ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento.

#### Processo decisionale automatizzato/profilazione

I dati non sono sottoposti a processi decisionali automatizzati, così come disposto dall'art. 22 del GDPR.

#### Diritti dell'interessato

A ciascun interessato al trattamento, sono garantiti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR, consistenti essenzialmente nel diritto di:

- ricevere informazioni in merito all'esistenza o meno del trattamento dei suoi dati personali,
- accedere ai propri dati e chiederne copia
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica e/o l'integrazione ove inesatti o incompleti
- ottenere la cancellazione
- ottenere la limitazione del trattamento
- opporsi al trattamento.

A ciascun interessato inoltre è riconosciuto il diritto alla portabilità dei dati, ossia riceverli in un formato strutturato di uso comune e leggibile o ottenerne la trasmissione diretta ad altro titolare, il diritto a proporre reclamo alle autorità di controllo competenti, alle condizioni e nei limiti indicati all'art. 13 del GDPR.

Per esercitare i suddetti diritti, gli Interessati possono inviare una richiesta scritta ai CoTitolari, all'indirizzo mail: [sanirad@sanirad.it](mailto:sanirad@sanirad.it) oppure al Data Protection Officer (DPO), all'indirizzo e-mail: [dpo.privacy@sanirad.it](mailto:dpo.privacy@sanirad.it).

Con riferimento al **Dossier Sanitario (DS)** può esercitare i seguenti diritti:

- prestare il consenso alla condivisione degli eventi clinici effettuati in azienda, con tutti i professionisti sanitari in essa operanti
- non prestare il consenso alla condivisione degli eventi clinici effettuati in azienda a professionisti diversi da quelli che li hanno prodotti (oscuramento). In tal caso verrà oscurato anche l'oscuramento (i soggetti autorizzati all'accesso non verranno a conoscenza dell'oscuramento)
- chiedere di visionare gli accessi effettuati alla propria storia clinica.

Consenso e revoca del consenso possono sempre essere revocati.

#### Revoca del consenso

Lei ha diritto di revocare il consenso in ogni momento senza pregiudicare la liceità del trattamento prestato prima della revoca.

#### Tutela dei diritti

I Suoi diritti potranno essere fatti valere con reclamo all'Autorità del Garante Privacy (<http://www.garanteprivacy.it>) o con ricorso all'autorità giudiziaria ordinaria.

## DELEGA DI PRESENZA ALLA VISITA MEDICA

Io sottoscritto/a .....

esercente la responsabilità genitoriale sul minore       rappresentante legale

del paziente: Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

### DELEGO

Il /la Sig. ....

ad essere presente in mia vece alla visita medica a cui mio figlio / rappresentato si sottoporrà.

Data .....

Firma .....

#### ATTENZIONE:

- Allegare fotocopia di documento di identità valido dell'esercente la patria potestà o del rappresentante legale.
- Esibire tutta la modulistica di consenso informato regolarmente compilata e firmata
- Esibire tutta la documentazione sanitaria di pertinenza della prestazione sanitaria programmata

# MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER I GENITORI

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 – DPR 18/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto/a  
nato/a a ..... il  
residente a  
via ..... n

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

### DICHIARO

- di essere genitore del minore **Cognome e Nome**

nato a **luogo di nascita** il **data di nascita**

e di esercitare sullo stesso la responsabilità genitoriale ai sensi della L. 154/2013 e artt. 315 e segg. C.C.

Letto, confermato e sottoscritto

Tricesimo data: .....

Il/la dichiarante (firma per esteso leggibile)  
(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR 445/2000)

[ ] presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità.

