



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: C.P.S.S. Centro Polidiagnostico Servizi Sanitari s.r.l.** con sede legale in Catania (CT) Via Ipogeo 30 – Tel 095/431298

**Il Responsabile della Protezione Dati (DPO)** può essere contattato, all'indirizzo email [rdp@cpss.it](mailto:rdp@cpss.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.

Modalità e Finalità del Trattamento	Base Giuridica	Periodo Conservazione Dati	Natura del conferimento
Il trattamento dei Suoi dati, in formato cartaceo ed informatizzato, 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);	<b>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:</b> 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.
Refertazione OnLine (ROL). Il Trattamento dei suoi dati è necessario per consentirLe di consultare digitalmente il referto degli esami effettuati.	La base giuridica del trattamento è il Suo consenso esplicito (art. 6.1.a e 9.2.a GDPR).	I referti on-line ROL sono disponibili sull'area riservata <a href="https://www.saluteadesso.it/referti/cliente/login.aspx?L=04829500877">https://www.saluteadesso.it/referti/cliente/login.aspx?L=04829500877</a> raggiungibile dal Sito web <a href="http://www.cpss.it">www.cpss.it</a> per quarantacinque giorni.	Il mancato consenso, ha come unico effetto la mancata pubblicazione del Suo referto relativo ad analisi effettuate dal Laboratorio sulla piattaforma ROL; questo non pregiudica il Suo diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.
Alimentazione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). In modalità digitale, al fine di rendere più agevoli e tempestivi i servizi che garantiscono la salute ai cittadini.	La base giuridica del trattamento è l'adempimento ad un obbligo di legge	I suoi dati saranno comunicati al Servizio Sanitario della Regione di appartenenza ed al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), da questi conservati per trenta anni dal decesso.	Il conferimento dei dati per l'alimentazione del FSE è automatico e, non richiede consenso.

**Ulteriori e più dettagliate informazioni inerenti al trattamento dati, possono essere ottenute, consultando l'informativa esposta presso la sala di accettazione e/o all'indirizzo web: <https://centropolidiagnostico.it/servizi-on-line/modulistica/>**



### MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver letto e compreso l'Informativa:

Firma \_\_\_\_\_

**Medico**  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Alla comunicazione dei miei dati sanitari al **Medico** \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Referto On Line**  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

Al prelievo dei miei risultati sanitari attraverso l'area ad accesso riservata del portale

<https://www.saluteadesso.it/referti/cliente/login.aspx?L=04829500877> prendendo atto che gli stessi saranno disponibili per non più di 45 giorni dall'atto della pubblicazione, che mi verrà notificata a mezzo e-mail. Il presente consenso viene sottoscritto dall'interessato al momento della richiesta di attivazione del servizio e verrà ritenuto valido per la fruizione del servizio in relazione ad ogni singolo esame a cui l'interessato si sottoporrà, salvo diversa richiesta dello stesso interessato cui resta impregiudicata la facoltà di sospendere/revocarne in ogni momento l'adesione o di circoscriverne l'operatività a determinati accertamenti.

Firma \_\_\_\_\_

**Invio e-mail**  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

All'invio di messaggi PROMEMORIA e/o di SERVIZIO, all'indirizzo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

Firma \_\_\_\_\_

**Notifiche SMS**  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO

all'invio di SMS PROMEMORIA e/o di SERVIZIO al numero \_\_\_\_\_  
impegnandomi ad aggiornarvi qualora avvenisse una modifica, attraverso una comunicazione formale.

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.