



Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. ONLUS

Informativa D. Lgs. n. 196/2003 per conferimento dati sensibili e personali ai professionisti dell'Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. ONLUS

(Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili)

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 (*Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili*), La informiamo di quanto segue:

- i Suoi dati personali e sensibili verranno trattati esclusivamente dall'Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. ONLUS (di seguito C.S.IN ONLUS) e dai professionisti che con la medesima collaborano esclusivamente per fini di ricerca, diagnosi, terapie, sperimentazione, cura ed anche riconoscimento giuridico di eventuali patologie rare;
- il trattamento avverrà con elaborazioni automatizzate e con database cui avranno accesso esclusivamente il personale con qualifica professionale idonea e certificata da iscrizione ad albi, elenchi o con certificazioni rilasciate da autorità nazionale e/o internazionale del C.S.IN. ONLUS;
- il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio per consentire l'autorizzazione ad effettuare ricerche, terapie, esami diagnostici, sperimentazione cura e riconoscimento di eventuali patologie di cui Ella può essere affetto;
- non è prevista la comunicazione né la diffusione dei Suoi dati, salvo quanto attiene alla realizzazione di iniziative scientifiche, seminari, convegni o dibattiti inerenti eventuali patologie rare e sempre che Ella acconsenta: in tal caso detti dati potranno essere comunicati e diffusi nell'ambito di amministrazioni pubbliche, enti, associazioni e altri organismi potenzialmente interessati;
- responsabili per la gestione dei dati conferiti sono lo staff medico legale ed il Presidente Nazionale del C.S.IN. ONLUS il Dott. Raffaele Ferrarosso.
- L'autorizzazione di cui al D. Lgs. n.196/2003 concernerà i seguenti dati: nome, cognome, indirizzo, città, provincia, CAP, nazionalità, telefono (abitazione) e cellulare, indirizzo posta elettronica, ASL di riferimento, anamnesi paziente, accertamenti effettuati, patologie diagnosticate, sintomi, terapie seguite, ricoveri effettuati, visite commissione medica legale ed esito, medicina alternativa (qualora ne abbiate fatto ricorso), assistenza domiciliare, medico incaricato, prima visita, diagnosi, terapia consigliata, visite di controllo successive.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____
residente a _____ in Via/ Piazza _____
C.A.P. _____ Tel: _____ mail: _____
Codice Fiscale: _____
Documento di riconoscimento: _____

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs, n. 196/03

acconsento

non acconsento

al trattamento dei miei dati personali da parte del C.S.IN. ONLUS limitatamente a quanto sopra indicato nei punti da 1 a 6.

acconsento

non acconsento

al trattamento dei miei dati personali - comprese la loro comunicazione o diffusione - da parte del C.S.IN. ONLUS in relazione alle iniziative di cui ai punti 3 e 4 ovvero all'invio della newsletter e altri bollettini informativi, conformemente a quanto indicato nella su menzionata informativa.

Luogo e data _____

Firma _____