Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valtellina e Alto Lario

Dipartimento di Chirurgia

MODULO PER IL RICOVERO PROGRAMMATO CON/SENZA PRERICOVERO

☒ **con prericovero** ☐ **senza prericovero**

SEZIONE A – compilazione a cura del Medico dell'Ambulatorio chirurgico - divisionale

Cognome **Rossi** Nome **Mario** Nata/o il **10-10-1950**

Nata/o a **Morbegno** CodiceFiscale _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ N° _____

Recapito/i telefonico/i _____ Cellulare _____

Affetto da *(patologia)* **Nodulo LLL**

Intervento proposto **Segmentectomia**

Durata intervento **2 h** **Intervento programmato con attività di Anestesia** SI ☒ NO ☐

Regime di trattamento		**Priorità**	
☒	ricovero ordinario ☐ week surgery	☒	Classe A (entro 30 giorni)
		☐	Classe B (entro 60 giorni)
☐	day surgery	☐	Classe C (entro 180 giorni)
☐	ambulatorio protetto	☐	Classe D (attesa non definita)

Accertamenti programmati		**Altri accertamenti diagnostico-stumentali** ***(indicare)***
☒	Profilo diagnostico n°_____	**Visita Pneumologica , ECG+Visita , PET , Broncoscopia , Spirometria ,**
☒	RX Torace	
☐	INR	
	Paziente in TAO SI ☒ NO ☐	
	Paziente in NAO SI ☐ NO ☒	
	specificare_____	

☐ Informativa privacy e acquisizione del consenso al trattamento dei dati sensibili *(in allegato 00 - Mod DA 19)*

Data **10-09-2021** Timbro e firma del Medico proponente **Paolo Scanagatta**

Da presentare a:
Struttura di **CHIRURGIA TORACICA** Presidio **Sondalo**

Telefono _____ dalle ore _____ alle ore _____ dal Lunedì al Venerdì

SEZIONE B – compilazione a cura del Medico di reparto

Alla Direzione Medica di Presidio

Si comunica la sospensione dell'intervento programmato per il quale erano state attivate le procedure prericovero, per:

☐ decisione del paziente, si allegano n°_____ impegnative su ricettario regionale per la registrazione

☐ cause indipendenti dalla volontà del paziente _____

Il costo delle prestazioni effettuate resta a carico della Struttura Complessa.

Data _____ Timbro e firma del Medico di reparto _____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valtellina e Alto Lario

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI
Regolamento UE n. 679/16 "Regolamento generale sulla protezione dei dati"
D.Lgs n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii.

Gentile Signora/Gentile Signore,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/16 "Regolamento generale sulla protezione dei dati"

LA INFORMIAMO CHE:

a) Il Titolare del trattamento dei dati personali, da Lei conferiti e da noi acquisiti nello svolgimento dei servizi e prestazioni richiesti, è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, sita in Via Stelvio, 25, 23100 Sondrio, che potrà essere contattato ai seguenti recapiti: protocollo@pec.asst-val.it**.**
Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) è contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@asst-val.it;

b) I dati personali che la riguardano, da lei forniti o acquisiti attraverso certificazioni mediche nel corso di accertamenti o visite, saranno oggetto di trattamento per il perseguimento delle seguenti **finalità:**
   a) gestione della prenotazione, adempimenti fiscali, amministrativi e contabili connessi alle attività istituzionali in adempimento agli obblighi statali e regionali;
   b) attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione a fini di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, di terzi o della collettività, esecuzione degli esami e/o delle visite mediche richieste, refertazione, consegna del referto;
   c) ricerca scientifica e/o statistica in campo medico, biomedico o epidemiologico, garantendo in ogni caso il rispetto del Suo anonimato.

   Il conferimento dei dati personali è indispensabile per lo svolgimento delle attività volte al perseguimento delle finalità individuate ai punti a), b) e c); pertanto, il mancato conferimento comporta da parte del Titolare l'impossibilità ad erogare le prestazioni richieste.

d) La base giuridica del trattamento è data dal rilevante interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, come previste dal GDPR (considerando 54; art. 6 lettera e) e art. 9 lettera g)) e dalle relative norme di armonizzazione.

e) I Suoi dati personali possono essere **comunicati ai seguenti soggetti:**
   - ad altre Aziende Sanitarie (pubbliche o private), al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
   - ad Enti previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita;
   - ad altri soggetti pubblici (es. Regione e Comune) o privati (a cui siano affidati i compiti da parte dell'Azienda) per finalità istituzionali (es. igiene, sanità pubblica, controllo assistenza e spesa sanitaria) e per disposizione di legge o regolamento;
   - alle Compagnie di Assicurazioni, per le ipotesi di responsabilità, a tutela dell'Azienda e degli operatori;
   - alla Autorità Giudiziaria e di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge;
   - alla Regione Lombardia, anche nell'ambito del progetto CRS-SISS ***(Sistema Informativo Socio-Sanitario)*** che prevede che i dati sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che Lei riceverà presso questa Azienda, saranno messi a disposizione del suo Fascicolo Sanitario Elettronico (F.S.E.).

   L'elenco completo di tutti i Responsabili esterni, che potranno venire a conoscenza dei Suoi dati nell'espletamento delle proprie attività di collaborazione con il Titolare, può essere da Lei richiesto al Titolare, scrivendo a: protocollo@pec.asst-val.it**.**

   Il trattamento dei suoi dati sanitari tramite tale fascicolo e l'eventuale comunicazione al suo Medico di base dell'evento sanitario che La riguarda, potranno avere luogo solo qualora Lei abbia espresso il relativo specifico consenso come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS-Informativa ex art. 76 del D. Lgs.196/03", che la Regione Lombardia ha fornito ed ampiamente divulgato.

   Si precisa che qualora decidesse, pur avendo già dato il consenso al trattamento dei propri dati sanitari tramite Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), di non rendere visibili i dati relativi alla prestazione richiesta, avvalendosi della possibilità prevista dalla Piattaforma CRS – SISS di chiederne – in qualsiasi momento – l'oscuramento, Lei è tenuto a farne specifica richiesta agli operatori dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, con cui Lei entra in contatto nel Suo percorso di cura;

f) i dati personali trattati verranno conservati per un tempo non superiore a quello strettamente necessario a perseguire le finalità per i quali gli stessi sono stati raccolti e comunque nei termini indicati dalla normativa di riferimento;

g) nella Sua qualità di Interessato al trattamento dei dati in esame, Le sono riconosciuti i diritti di cui al GDPR, ovvero di chiedere al Titolare: l'accesso ai dati personali, l'indicazione delle modalità, finalità e logiche del trattamento e la richiesta di limitazione, opposizione o portabilità dei dati, la rettifica e la cancellazione, nei limiti e nelle modalità indicate dal GDPR. Infine, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo all'Autorità competente di cui all'art. 77 GDPR. Potrà esercitare i diritti sopra riportati, nonché il diritto di revoca del consenso, scrivendo a **protocollo@pec.asst-val.it.**

il/la sottoscritto/a **Mario Rossi**,
(nome e cognome)

nato/a **Morbegno** il **10-10-1950**,

con residenza in **, -**,

domicilio in _____,

in qualità di: [X] interessato/a
oppure di: [ ] genitore (rappresentante la volontà di entrambi i genitori) [ ] tutore [ ] amministratore di sostegno

Inserire i dati del minore o del maggiorenne incapace o assistito:

nome e cognome _____

nato/a a _____ il_____,

con residenza in _____,

domicilio in _____,

DICHIARA

- di aver ricevuto in data odierna l'informativa per il trattamento dei dati personali, consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati relativi alla salute (art. 9 comma 1 GDPR) della persona a cui viene erogata la prestazione sanitaria;
- di **autorizzare il trattamento dei dati personali ed in particolare dei dati relativi alla salute** da parte del personale incaricato dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario, per le finalità di **Diagnosi, Cura e Terapia;**
- di **autorizzare alla comunicazione dei dati personali e relativi alla salute anche ad altri istituti** per fini strettamente correlati al miglior esito delle attività di diagnosi, cura e terapia svolte all'interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario o ad Enti previdenziali e assicurativi, pubblici e privati;

AUTORIZZAZIONE A COMUNICARE LA PRESENZA IN OSPEDALE[1]

- di **autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare a chi lo richiede la presenza dell'Interessato in Ospedale:**

[ ] Sì [ ] No

AUTORIZZAZIONE A COMUNICARE I DATI

- di **autorizzare il personale sanitario incaricato del trattamento a comunicare i dati relativi allo stato di salute dell'Interessato/a:**

familiari [ ] Sì [ ] No *(indicare nome e cognome)* ……..

medico di fiducia [ ] Sì [ ] No *(indicare nome e cognome)* ……

altre persone *(indicare nome e cognome)*

……..

Data **10-09-2021** Firma _____

[1] Le informazioni relative alla sola presenza in ospedale dell'interessato saranno fornite a tutti coloro che ne faranno richiesta per poterle far visita.