



MODELLO PER L'ISCRIZIONE CON BOLLETTINO POSTALE c/c n° 10687358
Compilare obbligatoriamente i campi con asterisco (*) inserendo i dati del paziente in TAO
DELEGA AL RITIRO DELLA NECESSARIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Spett.le Direzione Ospedaliera Padova
Responsabile Direzione Sanitaria

Cognome e Nome (Paziente)*

Data di nascita* Luogo di Nascita*

Comune di Residenza* Prov.* C.A.P.*

Via/Piazza* N° civico*

Patologia RANGE Gruppo Sangue Rh.....

Il/la soprascritto/a esonerando l'Istituzione in indirizzo da qualsiasi responsabilità dovuta al rispetto della "privacy" in applicazione della legge n. 675 del 31.12.96: "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

CHIEDE

quale paziente soggetto a TAO presso il Centro di Sorveglianza di Via dei Colli 4 – 35143 PD, che l'esito del "tempo di protrombina" ed il relativo livello di coagulazione espresso in INR per il conseguente dosaggio dell'anticoagulante, sia consegnato, in "busta chiusa", alla Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati (A.I.P.A. onlus) della quale sono socio, nel rispetto di quanto disposto dal "Garante" che consente, alle organizzazioni di volontariato come la nostra, legalmente iscritta nel registro Regionale e Comunale, di trattare i c.d. "dati sensibili" dei soci.

La presente richiesta è motivata dalla necessità di sopperire ad attese a rischio, spese varie, distanze chilometriche insuperabili ed a complicità di vario tipo, in considerazione della elevata età della assoluta maggioranza dei pazienti. Vogliamo credere che la Legge in argomento volesse favorire e non complicare la vita dei Cittadini specie se seriamente provati nella salute. Pertanto, contiamo sulla collaborazione di Codesta Direzione, come avviene in moltissime Istituzioni Sanitarie del Paese. **Il necessario consenso espresso al trattamento dei dati dell'interessato viene comunicato (ex art. 24 comma 1 lett. e; ex art. 82 comma 2 D. Lg. 196/03) da*:**

Cognome nome Grado di parentela.....
 Documento* (di chi firma) n° Rilasciato il.....a.....
 Con gratitudine, in fede

FIRMA* del delegante.....

Padova,

Al Presidente A.I.P.A. onlus
 Regione Veneto n. PD0059
Avv. Franco Merlin
 Via Stellini 10/a - 35123 - PD

Cognome e Nome* (Paziente).....
FAX* E- m@il
TEL* Cellulare

MI ASSOCIO E DELEGO L' A.I.P.A. onlus

nelle persone elette a rappresentarla, all'invio, tramite fax o mezzo di comunicazione, degli esiti dell'esame eseguito presso il Centro di Sorveglianza del trattamento in TAO, come sopra, quale "paziente" regolarmente iscritto nel Libro Soci e consapevole delle norme "socio sanitarie" che sono alla base dello Statuto dell'A.I.P.A., **assumo tutte le responsabilità della presente autorizzazione**, sollevando l'A.I.P.A. da qualsiasi forma non a lei imputabile per denuncia. Contemporaneamente aderisco alle decisioni per quanto dovrà essere fatto per consentirmi di ottenere, in breve tempo, l'esito degli esami in argomento, onde curarmi con il minore rischio possibile, superando l'impossibilità di effettuare il ritiro in forme diverse. Autorizzo incondizionatamente l'eliminazione (normale deposito nelle immondizie) o l'archiviazione dei referti degli esami nei termini stabiliti dall'associazione.

CONFORMEMENTE ALL' Art. 13 D.Lg. 196/03:

Autorizzo l'A.I.P.A. al trattamento dei miei dati anche tramite supporto informatico e/o telematico per comunicare gli esiti degli esami e per raccolta nominativi nel Libro Soci per eventuali comunicazioni. Sono a conoscenza di essere obbligato a conferire i dati corretti per le finalità associative e la trasmissione, anche a terzi, dei dati sensibili. Qualora mi rifiuti di conferire i miei dati non potrò considerarmi socio A.I.P.A. I dati sensibili comunicati dal Centro di Sorveglianza o ricevuti tramite altri mezzi di comunicazione verranno resi visibili agli operatori A.I.P.A. e a chiunque possa accedere al numero di fax o mezzo telematico indicato per la ricezione.

Sono altresì a conoscenza dei diritti che mi spettano ex art.7; ex art. 9 commi 2, 3 e 5; ex art. 10 comma 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali.

Il necessario consenso espresso al trattamento dei dati dell'interessato viene comunicato (ex art. 24 comma 1 lett. e; ex art. 82 comma 2 D. Lg. 196/03) da*:

Cognome nome Grado di parentela.....
 Documento* (di chi appone la firma) n° Rilasciato il.....a.....
 Con gratitudine, in fede

FIRMA* del delegante.....

ALLEGARE COPIA DEL VERSAMENTO ESEGUITO in Posta E SPEDIRE TRAMITE FAX AL 049 821 6311

ATTENZIONE: I REFERTI ORIGINALI POTRANNO ESSERE ELIMINATI A DISCREZIONE DELLA SEGRETERIA