

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi art. 13 REG. UE 2016/679

### Gentile paziente,

ai fini previsti dal Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, siamo ad informare che il trattamento dei dati personali dallo stesso forniti ed acquisiti, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti. Per cui:

**Titolare del trattamento:** Il titolare del trattamento è l'Istituto di Diagnostica Radiologica S.r.l. Con sede in località Partidor, piazzale del Commercio, ingresso in via Stiria 36/12, 33100 Udine; nonché responsabile del trattamento dei dati è il signor Barbiani Bruno.

**Finalità del trattamento:** I dati personali forniti sono necessari ai fini della conclusione e della gestione del rapporto di incarico professionale, per gli adempimenti di legge previsti per lo svolgimento dell'attività di sanitaria esercitata dal Titolare del Trattamento:

- esecuzione di obblighi derivanti da un contratto del quale Lei è parte o per adempiere, prima dell'esecuzione del contratto, o Sue specifiche richieste;
- adempimento di obblighi di legge, regolamento, normativa comunitaria;
- gestione della clientela (amministrazione della clientela; amministrazione dei contratti, ordini, spedizioni e fatture; controllo dell'affidabilità e solvibilità);
- gestione del contenzioso (inadempienze contrattuali; diffide; transazioni; recupero crediti; arbitrati; controversie giudiziarie);
- obbligo di identificazione della clientela in base alle norme antiriciclaggio

**Periodo di conservazione dei dati:** La conservazione dei dati personali forniti avverrà per tutta la durata dell'incarico professionale conferito e per ulteriori anni secondo specifici riferimenti di normativa;

In relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti: cartacei, informatici e telematici; i dati di cui sopra potranno essere comunicati alle sole categorie di soggetti di seguito indicate:

- ente poste o altre società di recapito della corrispondenza;
- banche ed istituti di credito;
- società di recupero crediti;
- studi legali;
- imprese di assicurazione;
- società di manutenzione / riparazione delle apparecchiature informatiche;
- studi professionali e/o società e/o associazioni di imprese e di imprenditori che erogano a noi determinati servizi contabili e/o fiscali, ecc.;

**Diritti dell'interessato:** In relazione ai dati oggetto del trattamento di cui alla presente informativa all'interessato è riconosciuto in qualsiasi momento il diritto di:

- Accesso (art. 15 Regolamento UE n. 2016/679);
- Rettifica (art. 16 Regolamento UE n. 2016/679);

DA' IL PROPRIO CONSENSO

Per le finalità e tutta la durata precisate nell'informativa. Desidero essere chiamato per:

NOME

Firma del paziente

(maggiorenne e in grado di intendere e di volere)

- Cancellazione (art. 17 Regolamento UE n. 2016/679);
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE n. 2016/679);
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE n. 2016/679);
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE n. 2016/679);
- Revoca del consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca (art. 7, par. 3 Regolamento UE n. 2016/679);
- Proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali (art. 51 Regolamento UE n. 2016/679).

Sono esercitabili presso il Responsabile del Trattamento e presso il Titolare del trattamento. L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo pec all'indirizzo [pec@pec.istitutoradiologia.it](mailto:pec@pec.istitutoradiologia.it) o lettera raccomandata a/r all'indirizzo indicato.

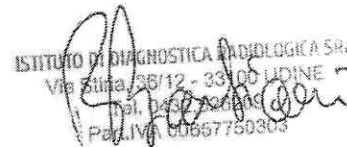
Copia dell'informativa è esposta presso i locali dell'Azienda.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679

Essendo stato informato sull'identità del titolare del trattamento dei dati, dell'identità del Responsabile del trattamento dei dati, della misura, delle modalità con le quali il trattamento avviene, delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, del diritto alla revoca del consenso. Così come indicato dalle lettere a, b, c, d, e, f dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.

Inoltre si acconsente a:

- compimento di ricerche di mercato;
- invio di materiale pubblicitario;
- attività promozionali;
- altro:



ISTITUTO DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA S.R.L.  
Via Stiria, 36/12 - 33100 UDINE  
Tel. 0432/526209  
Pec: [pec@pec.istitutoradiologia.it](mailto:pec@pec.istitutoradiologia.it)  
Pag. IV n. 00657760303

NUMERO

Firma dei genitori/tutore legale

(minorenne o affidato a tutore)

COGNOME.....NOME .....

NATO/A IL ..... PESO KG .....

**QUESTIONARIO PRELIMINARE ALL'ESECUZIONE DI UN ESAME RM**

L'esame di Risonanza Magnetica si avvale di un campo magnetico e di radiofrequenza (del tipo trasmissioni televisive). È comunque necessaria la conoscenza preliminare di alcuni fattori che potrebbero rivelarsi dannosi per la salute del paziente. La preghiamo pertanto di rispondere ai seguenti quesiti:

❖ Ha mai lavorato (o lavora) come saldatore, tornitore, carrozziere?	SI	NO
❖ Ha mai subito incidenti stradali o di caccia?	SI	NO
❖ E' stato vittima di traumi da esplosione?	SI	NO
❖ E' in stato di gravidanza? Ultima mestruazione:	SI	NO
❖ E' a conoscenza di essere affetto da anemia falciforme?	SI	NO
❖ Ha subito interventi chirurgici su: Testa <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Estremità <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Colonna (specificare .....) <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
❖ E' portatore/portatrice di:		
- Pace-maker cardiaco, defibrillatori impiantabili o altri tipi di cateteri cardiaci?	SI	NO
- Schegge e frammenti metallici in particolare endoculari?	SI	NO
- Clips (punti metallici) su aneurismi (vasi sanguigni), aorta, cervello?	SI	NO
- Valvole cardiache?	SI	NO
- Stent?	SI	NO
- Distrattori (protesi) della colonna vertebrale?	SI	NO
- Pompa di infusione per insulina o altri farmaci?	SI	NO
- Corpi metallici nelle orecchie o impianti per l'udito?	SI	NO
- Neurostimolatori, elettrodi impiantati nel cervello o subdurali?	SI	NO
- Catetere spinale o ventricolare (in pazienti affetti idrocefalo)?	SI	NO
- Protesi metalliche (per pregresse fratture, interventi articolari, ecc.) viti, chiodi, fili, ecc.?	SI	NO
Localizzazione:		
- Spirali intrauterine?	SI	NO
- Protesi dentarie fisse o mobili?	SI	NO
- Protesi del cristallino?	SI	NO
- Lenti a contatto?	SI	NO
- E' portatore di piercing?	SI	NO
- Presenta tatuaggi? Localizzazione:	SI	NO
- Usa cerotti medicati?	SI	NO
- Soffre di claustrofobia?	SI	NO

Per effettuare l'esame occorre togliere: 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.  
Prima di sottoporsi all'esame si prega di asportare cosmetici dal viso.

**IL MEDICO RESPONSABILE DELL'ESAME RM**

Preso atto delle risposte fornite dal paziente AUTORIZZA L'ESECUZIONE DELL'INDAGINE RM

Data \_\_\_\_\_

Firma del medico responsabile dell'esecuzione dell'esame RM \_\_\_\_\_

Firma del Tecnico di Radiologia \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO del paziente all'esecuzione dell'indagine RM**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ ritiene di essere stato sufficientemente informato sui rischi e sulle controindicazioni legate all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura RM ed aver letto la scheda informativa all'esecuzione della RM.

Pertanto, consapevole dell'importanza delle risorse fornite, acconsente l'esecuzione dell'esame.

Firma del paziente  
(maggiormente e in grado di intendere e di volere)

Firma dei genitori/tutore legale  
(minorenne o affidato a tutore)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_