

INFORMAZIONI ED AUTORIZZAZIONE AD INVIARE DOCUMENTI SANITARI TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA

Gentile Utente, ASL 5 La informa, in qualità di Titolare del trattamento, ex art 13 del RGPD UE, che le **Linee guida in tema di referti online emanate il 19.11.2009** dal Garante Italiano per la protezione dei dati stabiliscono quanto segue:

“qualora la struttura sanitaria intenda inviare copia di un referto/ documento sanitario alla casella di posta elettronica

di un paziente, a seguito di una sua richiesta, deve osservare le seguenti cautele:

1. spedire il referto in forma di allegato a un messaggio e-mail e non come testo nella body part del messaggio;
2. proteggere il file contenente il referto con modalità idonee ad impedire l'illecita o fortuita acquisizione delle

informazioni trasmesse, da parte di soggetti diversi da quello cui sono destinati, quali ad esempio una password per

l'apertura del file ovvero una chiave crittografica.

3. non osservare tale ultima cautela qualora l'interessato ne faccia espressa e consapevole richiesta, poiché l'invio del

referto alla casella di posta elettronica indicata dall'interessato non configura trasferimento di dati sanitari tra

differenti titolari del trattamento, bensì una comunicazione di dati tra la struttura sanitaria e l'interessato eseguita a

seguito di specifica ed espressa richiesta di quest'ultimo”.

Pertanto, ASL5, può inviare il referto/la documentazione sanitaria richiesta tramite posta elettronica al recapito e-mail se da Lei richiesto, solo ed esclusivamente su SUA ESPRESSA e consapevole autorizzazione, da rendere come di seguito:

AUTORIZZAZIONE ALL' INOLTRO DI DOCUMENTI SANITARI TRAMITE POSTA ELETTRONICA NON CERTIFICATA

Il / la sottoscritto/a Nome Cognome nato/a il a e
residente in Via/piazza Documento d'identità n.
rilasciato da Tessera sanitaria/ cod fisc n° cellulare

in nome proprio **in qualità di legale rappresentate del sig.** Nome

Cognome nato/a il a e residente in

Via/piazza Documento d'identità n. rilasciato da

Tessera sanitaria/ cod fisc n° cellulare

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000,

Letto e compreso quanto sopra riportato e consapevole dei rischi connessi all'invio di documenti sanitari tramite posta elettronica tra cui **la possibilità di una lettura dei documenti contenenti dati di salute da parte di soggetti non autorizzati**

RICHIEDE ED AUTORIZZA ASL 5

AD INVIARE IL REFERTO COVID

al seguente recapito di posta elettronica non certificata indicato come personale

Data

Firma

al medico di FAMIGLIA /PEDIATRA indicato espressamente nel dr.

Data

Firma

DICHIARA INOLTRE DI MANLEVARE E MANLEVA SIN D' ORA ASL 5

da responsabilità ovvero disguidi /violazioni della privacy operate da terzi sui dati inoltrati nonché da eventuali danni inerenti/derivanti dalla modalità di inoltro sopra prescelta.

Data

Firma

Si allega documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e dell' eventuale rappresentato