

## Consenso Informato e informativa al trattamento dei dati personali per l'accertamento dell'infezione da HIV (DGR 4716/2013, Legge 219/2017)

Mod.09.12A Rev.1 del 22/06/2018

Il sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il..... residente a ..... in via.....  
CAP..... prov ..... Tel: ..... CF.....

avendo letto e compreso l'informativa privacy allegata e avendo ricevuto e compreso le informazioni relative alla prestazione richiesta

### richiede di essere sottoposto al test per l'accertamento dell'infezione da HIV e

#### ACCONSENTE

- Al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i medesimi rientrano nel novero dei dati di speciali categorie ai sensi dell'art. 9 GDPR ed in particolare "idonei a rilevare lo stato di salute" ai sensi del regolamento UE 679/2016.  SI  NO

- All'esecuzione dell'analisi, dichiarando di essere stato edotto dei rischi che possono subentrare a seguito di atti medici necessari all'erogazione della prestazione diagnostica richiesta e solleva l'operatore sanitario da qualunque responsabilità

- All'esecuzione, in caso di risultato non negativo del test di screening, all'analisi di approfondimento (Test di conferma), con relativa integrazione economica

SI  NO

- Ad ottenere la refertazione con identificazione del paziente (non anonima)  SI  NO

- Ad accedere alla struttura in regime privatistico, in conformità al principio di libera scelta dell'assistito, e di rinunciare ad ottenere le medesime prestazioni a carico del SSN, nonostante sia assistito dal SSN con tessera n. \_\_\_\_\_ e in possesso di idonea allegata prescrizione medica richiedente prestazioni sanitarie erogabili in regime di accreditamento dalla struttura accreditata con la Regione Lombardia, visto l'articolo 7, comma H della Delibera della Giunta Regionale n.344377 del 4.2.1998 (riportato sotto)  SI  NO

- A ritirare entro 90 giorni il referto relativo agli esami diagnostici effettuati in data odierna e prende altresì atto che, decorso tale termine senza aver provveduto a detto ritiro, sarà tenuto al pagamento dell'intera somma prevista dal tariffario nazionale in vigore per le prestazioni ricevute, come dalle disposizioni dell'Art. 4, comma 18, della LN n.412 del 30.12.1991(riportato sotto)

SI  NO

Data..... Firma del paziente.....

Il presente consenso è revocabile in qualsiasi momento

Il sottoscritto ..... dichiara di voler **REVOCARE** il consenso.

Data ..... Firma .....



[www.bianalisi.it](http://www.bianalisi.it)

LABORATORIO  
ACCREDITATO  
REGIONE LOMBARDIA



LABORATORIO  
ACCREDITATO  
REGIONE EMILIA ROMAGNA



LAB. CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015



LABORATORIO  
ACCREDITATO  
REGIONE LIGURIA



LABORATORIO  
ACCREDITATO  
REGIONE LAZIO



RETE ITALIANA  
LABORATORI ANALISI

*...una presenza diffusa... ...un servizio capillare...!*

Sede Primaria:

20841 Carate B.za (MB) - Via Mattavelli, 3 - Tel. 0362.903099  
N. VERDE 800-422-978

Altre Sedi:

Roma - Milano - Mantova - Modena - Forlì - Cervia - Sestri Levante - Rapallo - La Spezia - Vado Ligure

**DGR n. 322377 del 04/02/1998 Art. 7 comma H**

Anche per prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale, la struttura privata accreditata che decide di esercitare anche attività a pagamento, cioè non a carico del SSN, dovrà acquisire, su apposito modulo la dichiarazione del paziente, il quale sceglie di usufruire della prestazione in regime privatistico, malgrado, presso la stessa struttura sia possibile, nello stesso momento, ottenere prestazioni a carico del SSN.

E' infatti vietato, in assenza di tale dichiarazione effettuare la prestazione in regime privatistico. Dallo stesso modulo devono risultare tutte le condizioni della prestazione.

**LN n.412 del 30.12.1991 Art.4 comma 18**

18. Dal 1° gennaio 1992 i cittadini che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio sono tenuti al pagamento.