



ALLEGATO 1
NUCLEO ETICO PER LA PRATICA CLINICA ASUFC
MODULO DI RICHIESTA PER L'ESPRESSIONE DI PARERE ETICO
(da inviare via e-mail o PEC all'indirizzo **asufc@certsanita.fvg.it**)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

residente a _____ in

via _____;

eventuale recapito telefonico _____ e-

mail _____

in qualità di

Operatore sanitario di ASUFC o altra struttura (indicare Struttura di appartenenza e qualifica)

Paziente

Altro rapporto familiare col paziente (specificare) _____

Rappresentante legale del paziente (tutore, amministratore di sostegno ...)

Esercente la responsabilità genitoriale del/della

minore _____, nato/a _____,

il _____, residente a _____,

in via _____

CHIEDE

Al Nucleo Etico di pronunciarsi sul quesito etico di seguito indicato (se necessario è possibile allegare un file con testo completo qualora le righe sottostanti non fossero sufficienti)

Relativo al/alla seguente caso clinico o situazione (se necessario è possibile allegare un file con testo completo qualora le righe sottostanti non fossero sufficienti)



Specificare se e perché ci sono criteri di urgenza a ottenere una risposta

Specificare eventuale esistenza di disposizioni anticipate di trattamento (DAT) o altre manifestazioni di volontà espresse dal paziente

Luogo e data _____

Firma _____

Recapito per comunicazioni:

Consapevole del fatto che solamente l'utilizzo di indirizzi PEC garantisce la riservatezza dei dati e la certezza della consegna del messaggio e che al contrario la posta elettronica ordinaria non protegge la possibile fortuita acquisizione delle informazioni trasmesse da parte dei soggetti diversi dai destinatari;

do il consenso all'invio tramite e-mail ordinaria al seguente indirizzo:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMPRESI QUELLI APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI (da sottoscrivere a cura del richiedente se paziente, utente, legale rappresentante dei predetti, esercente la responsabilità genitoriale su minore).

Preso atto dell'informativa (allegata al presente modulo-richiesta), il/la sottoscritto/a dichiara di prestare il proprio consenso, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento UE n.679/2016, al trattamento, al trasferimento ed alla comunicazione dei dati personali compresi quelli appartenenti a categorie particolari in qualità di diretto/a interessato/a (se paziente, utente o legale rappresentante dei predetti) o di esercente la responsabilità genitoriale deI/ della minore _____ ad opera ed a favore dei soggetti indicati nella medesima informativa con le modalità e nei limiti di cui alla stessa. Tale consenso è condizionato al rispetto da parte dei Titolare delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____



Allegato al modulo di richiesta per espressione di parere etico a cura del NEPC

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI (relativi allo stato di salute, già dati sensibili)

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016, ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa quanto segue:

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti e acquisiti, anche presso altre Strutture Sanitarie, compresi le categorie particolari di dati personali di cui all'art. 9 del Regolamento (UE) n. 679/2016, è diretto esclusivamente all'espletamento da parte del Nucleo Etico per la Pratica Clinica (NEPC), istituito presso l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC), delle attività di analisi etica del caso clinico e di redazione del relativo parere da Lei richiesti.
- 2) Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e consisterà nelle operazioni indicate all'articolo 20 Reg. UE.
- 3) Il conferimento dei dati personali è facoltativo ma l'eventuale rifiuto può comportare l'impossibilità per il NEPC di gestire la richiesta di analisi e redazione del parere di natura etica.
- 4) I dati personali, compresi quelli appartenenti a categorie particolari, delle persone interessate, anche minori, possono essere comunicati, per le finalità esclusive di cui al punto 1), ad eventuali esperti coinvolti dal NEPC, esterni al Nucleo stesso, qualora la loro consulenza risultasse necessaria e/o opportuna per la redazione del parere da Lei richiesto.
- 5) I dati personali, compresi quelli appartenenti a categorie particolari, delle persone interessate non sono soggetti a diffusione ai sensi dell'art. 2 septies D.lgs. 196/2003 Codice in materia di dati personali come novellato dal d.lgs. n. 101/2018 di adeguamento dell'ordinamento nazionale al Reg. UE.
- 6) La normativa sulla Privacy (art.15-22 del Regolamento UE) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da lei forniti, ove trattati in modo automatizzato nei limiti di quanto previsto dall'art. 20 del Reg. UE.
- 7) Titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (<https://asufc.sanita.fvg.it/it/>) nella persona del legale rappresentante pro tempore.
- 8) Per ogni eventuale dubbio o chiarimento in merito all'esercizio dei suoi diritti potrà scrivere una mail a privacy@asufc.sanita.fvg.it ovvero al DPO al recapito rpd@asufc.sanita.fvg.it.
- 9) Letto quanto precede, voglia esprimere il consenso apponendo la firma in calce alla richiesta di espressione del parere etico.