



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
Struttura Complessa MEDICINA LEGALE
DIRETTORE: DOTT.SSA TIBERIA BOCCARDO

Ai sensi del **D.Lgs 30/06/2003 n.196 (codice in materia di trattamento dei dati personali, e successive modificazioni ed integrazioni)**, vengo informato del fatto che i dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi a seguito della presente visita, tutelati dal segreto d'Ufficio, saranno archiviati, per disposizioni di Legge, e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche. La certificazione relativa mi sarà consegnata direttamente, oppure mi sarà spedita in busta chiusa ed a me indirizzata e/o trasmessa ai competenti Uffici di questa ASL, o di altre Amministrazioni (a seconda delle finalità della certificazione da me richiesta) a loro volta vincolati dall'obbligo del segreto d'Ufficio, per gli adempimenti di competenza. Vengo altresì informato del fatto che, nel caso in cui mi fossero diagnosticate patologie incompatibili con il possesso della patente di guida o comunque tali da rientrare nelle competenze della Commissione Medica Locale Patenti di Guida, ne sarà data comunicazione agli uffici provinciali del Dipartimento per i trasporti, la navigazione ed i sistemi informativi e statistici.

Io sottoscritto autorizzo il personale della S.C. Medicina Legale della ASL 3 Genovese, se lo riterrà necessario, ad esaminare ed estrarre copia della documentazione sanitaria che mi riguarda, conservata presso strutture pubbliche. Inoltre autorizzo l'inserimento dei dati personali e riguardanti le mie condizioni di salute emersi nel corso della presente visita in una cartella clinica medico legale che sarà esaminata dal personale autorizzato e vincolato dall'obbligo del segreto d'Ufficio ad ogni richiesta di benefici di qualsiasi natura presentata a strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Io sottoscritto autorizzo la comunicazione di dati riguardanti le mie condizioni invalidanti ai competenti uffici provinciali INPS per l'avvio di procedure di revisione della percentuale dell'invalidità civile, se l'attuale quadro clinico risultasse variato rispetto alla certificazione di invalidità prodotta.

Cognome e Nome in stampatello

Cellulare

Genova

Firma

Dichiaro di voler esercitare il diritto di opposizione all'inoltro all'Agenzia delle Entrate delle informazioni contabili relative alla spesa sanitaria da me sostenuta per questa visita medica, ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 31 Luglio 2015 e della normativa sulla "privacy" (ex art. 7 del D.lgs. n. 196/2003)

NO

SI

Genova, _____

Firma _____