

ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI ANTICOAGULATI

ISCRIZIONE CON BOLLETTINO POSTALE C/C N.10687358 Codice IBAN IT74T0760112100000010687358

Compilare obbligatoriamente i campi con asterisco (*) inserendo i dati del paziente in TAO

DELEGA AL RITIRO DELLA NECESSARIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

**Spett.le Direzione Ospedaliera Padova
Responsabile Direzione Sanitaria**

Cognome e Nome (Paziente)*
Data e luogo di nascita*
Comune di Residenza* Prov.* C.A.P.*
Via/Piazza* N. Civico *
Patologia..... RANGE - Gruppo SanguignoRH....

Il/La soprascritto/a, esonerando l'istituzione in indirizzo da ogni responsabilità per "privacy" in applicazione del D.Lgs. n.196 /2003

CHIEDE

Quale paziente soggetto a T.A.O. presso il Centro di Sorveglianza di Via Dei Colli 4 – 35143 PD, che l'esito degli esami relativi al "tempo di protrombina" e il relativo livello di coagulazione espresso in INR per il conseguente dosaggio dell'anticoagulante, sia consegnato, in "busta chiusa", all'Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati (A.I.P.A.) della quale sono socio, nel rispetto di quanto disposto dal "garante" che consente alle organizzazioni di volontariato come la nostra, legalmente iscritta nel registro Regionale e Comunale, di trattare i c.d. "dati sensibili" dei soci. La presente richiesta è motivata dalla necessità di sopperire ad attese a rischio, spese varie, distanze chilometriche insuperabili e a complicitanze di vario tipo, in considerazione dell'elevata età dell'assoluta maggioranza dei pazienti. Vogliamo credere che la Legge in argomento volesse favorire e non complicare la vita dei cittadini, specie se seriamente provati nella salute. Pertanto, contiamo sulla collaborazione di Codesta Direzione, come avviene in moltissime istituzioni sanitarie del paese. Il necessario consenso espresso al trattamento dei dati dell'interessato viene comunicato (ex. Art.24 comma 1 lett. e; ex. Art. 82 comma 2 D.Lg. 196/03) da*:

Cognome e Nome
Grado di parentela (se parente del paziente)
Documento (di chi firma)* n. rilasciato a.....il
Padova,.....FIRMA (per esteso) del delegante*

**Al Presidente A.I.P.A. PADOVA (P.I.92034290285)
Regione Veneto n.PD0059 -Comune Padova n.347
Dott. Nicola Merlin
Via Ugo Foscolo n. 13 – PD**

Cognome e Nome (Paziente)*
TEL.* Cellulare
FAX (presso il quale si autorizza la spedizione del referto)*
E-mailAltro recapito.....

MI ASSOCIO E DELEGO L'ASSOCIAZIONE A.I.P.A.

Nelle persone elette a rappresentarla, all'invio, tramite fax o altro mezzo di comunicazione, che potrà essere modificato anche tramite comunicazione verbale, degli esiti dell'esame eseguito presso il Centro di sorveglianza del trattamento in TAO, come sopra, quale "paziente" regolarmente iscritto nel Libro Soci e consapevole delle norme "socio sanitarie" che sono alla base dello Statuto dell'A.I.P.A., che dichiaro di aver preso conoscenza (consultabile presso www.aipapadova.com), assumo tutte le responsabilità della presente autorizzazione, sollevando l'A.I.P.A. da qualsiasi forma non a lei imputabile per denuncia. Contemporaneamente, aderisco alle decisioni circa quanto dovrà essere fatto per consentirmi di ottenere, in breve tempo, l'esito degli esami in argomento, onde curarmi il minore rischio possibile, superando l'impossibilità di effettuare il ritiro in forme diverse. Autorizzo incondizionatamente l'eliminazione (normale deposito delle immondizie) o l'archiviazione dei referti degli esami nei termini stabiliti dall'associazione A.I.P.A..Sottoscrivo per espressa approvazione di tutte le clausole ex art. 1341 c.c. **ATTENZIONE: I REFERTI ORIGINALI SARANNO ELIMINATI A DISCREZIONE DELLA SEGRETERIA.**

FIRMA del delegante*

PRIVACY – CONFORMEMENTE ALL'Art. 13 D.Lg. 196/03:

Autorizzo l'A.I.P.A. al trattamento dei miei dati anche tramite supporto informatico e/o telematico per comunicare gli esiti degli esami e per raccolta nominativi nel Libro Soci per eventuali comunicazioni. Sono a conoscenza di essere obbligato a conferire i dati corretti per le finalità associative e la trasmissione, anche a terzi, dei dati sensibili. Qualora mi rifiuti di conferire i miei dati non potrò considerarmi socio A.I.P.A.. I dati sensibili comunicati dal Centro di Sorveglianza o ricevuti tramite altri mezzi di comunicazione verranno resi visibili agli operatori A.I.P.A. e a chiunque possa accedere al numero di fax o mezzo telematico indicato per la ricezione.

Sono altresì a conoscenza dei diritti che mi spettano ex art.7; ex art.9 commi 2, 3 e 5; ex art. 10 comma 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. Il necessario consenso espresso al trattamento dei dati dell'interessato viene comunicato (ex art.24 comma 1 lett. E, ex art. 82 comma 2 D.Lg. 196/03) da* :

Cognome E Nome * Gradi di parentela *
Documento (di chi appone la firma) n. * Rilasciato in data *
da*
Con gratitudine, in fede FIRMA del delegante*

SPEDIRE TRAMITE FAX AL N. 0498216311 unitamente ad eventuale dichiarazione di invalidità civile, al documento d'identità indicato ed a copia del bollettino postale o disposizione di bonifico bancario