

Rev.0.1 2022

Al sig. \_\_\_\_\_

In qualità di “Responsabile del Trattamento” dei dati biometrici effettuato con il sistema “**Securblood**”, conformemente a quanto stabilito dall’art. 30 D. del Lgs. n. 196 del 30.06.2003, nell’ambito del profilo professionale di **medico/infermiere\***, Le affido l’incarico del trattamento sottodescritto:

**Identificazione del paziente e degli emocomponenti durante le operazioni trasfusionali nel terminale destinato al reparto di competenza: richiesta trasfusionale, inizio trasfusione, chiusura trasfusione**

Ella, grazie alla possibilità di accesso, è pertanto autorizzata all’inserimento nel database creato all’interno del terminale **Securblood** in dotazione al reparto, dei seguenti dati:

- **Algoritmo della propria impronta digitale**
- **Numero di badge personale**
- **Numero di identificazione personale**
- **Codice richiesta trasfusionale**
- **Algoritmo dell’impronta digitale del paziente**
- **Codice paziente**
- **Codici emocomponenti**
- **Codici reazioni trasfusionali**

Nell’ipotesi in cui Ella non acconsenta alla registrazione del dato biometrico personale, l’operazione di registrazione del personale sanitario sarà eseguita solamente con l’inserimento di:

- **Numero di badge personale**
- **Numero di identificazione personale (PIN)**



## Lettera incarico personale sanitario

Rev.0.1 2022

Si ricorda che la responsabilità della conservazione e della segretezza del Numero di identificazione personale (PIN) ricade esclusivamente su ciascun operatore e pertanto in nessun caso e per nessun motivo deve essere portato a conoscenza di altri operatori.

Contestualmente al conferimento dell'incarico, Le viene consegnato il depliant informativo sulle modalità di funzionamento del sistema (SecurBlood, promemoria d'uso).

- Acconsento al rilascio della mia impronta digitale all'interno del terminale **Securblood**

Firma operatore \_\_\_\_\_

- Non acconsento al rilascio della mia impronta digitale all'interno del terminale **Securblood**

Firma operatore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul sistema **Securblood**, di aver compreso quanto illustrato, di essere stato dotato del materiale informativo sul funzionamento del sistema, di essere stato adeguatamente formato e di essere pertanto in condizioni di utilizzare correttamente il sistema.

Il Responsabile del trattamento

Il medico\*/l'infermiere\*

Dott. Francesco Spedale

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\* Cancellare la voce che non interessa