



0000000000004330000001

Fano, 01-06-2007

Sig. MARIO
VIA ROMA 1
61034 FANO (PS)

Gentile Signora/e MARIO

Con questa lettera La invitiamo a partecipare **alla Campagna di Prevenzione del tumore del Colon Retto** promossa dalla Regione Marche.¹

L'iniziativa è rivolta a uomini e donne di età compresa **tra i 50 ed i 69** anni e consiste nell'effettuare un semplice esame: la ricerca del sangue occulto (non visibile) nelle feci.

L'esame è completamente **gratuito**; non necessita dell'impegnativa del medico ed è molto importante per la Sua salute.

- ❖ **Per ritirare l'apposito flaconcino**, per la raccolta del campione di feci, vada possibilmente entro 15 giorni dal ricevimento della presente in una qualsiasi **farmacia** dei Comuni di Fano, Fossombrone e Pergola **portando con sé questa lettera**.
- ❖ **Le modalità di esecuzione della raccolta delle feci e le modalità per la riconsegna del flaconcino, Le saranno comunicati dal Farmacista che Le fornirà anche istruzioni scritte.**
- ❖ La risposta dell'esame, se negativa, le verrà spedita a casa, se positiva sarà contattato telefonicamente per ulteriori accertamenti dal personale della Segreteria Organizzativa Screening.

Per informazioni può telefonare alla Segreteria Organizzativa Screening **dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 13.00** al seguente **Numero Verde 800710977**.

Cordiali saluti.

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
Dr. Gianfranco GiacintiIL RESPONSABILE DEL PROGETTO
Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Dr. Massimo Agostini

Si allega:

- Opuscolo Informativo;
- Domanda d'inserimento nel programma di screening;
- Informativa privacy e Consenso al trattamento dati personali;

¹ La regione Marche, attualmente ha attivato la campagna di screening solo in questa Zona Territoriale n°3 che terminerà nel mese di giugno 2007.

Domanda di inserimento nel programma screening (da consegnare al farmacista all'atto del ritiro del flacone di raccolta feci)

Il/La sottoscritto/a _____,

visto il materiale informativo ricevuto in allegato alla proposta di partecipazione ad un programma di screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto, e, comprese le informazioni in esso riportate relative a:

- possibilità di avvalersi, in tutte le fasi dello screening, della consulenza del suo medico di Medicina Generale che ha confermato l'inserimento del suo nominativo nella campagna di screening e che riceverà comunicazione dell'esito del test;
- caratteristiche principali dello screening e del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci;
- benefici attesi e possibili svantaggi;
- ulteriori accertamenti che gli verranno proposti, in caso di positività del test, dall'esercente la professione sanitaria referente del progetto;
- possibilità, in qualsiasi momento, di sottrarsi agli accertamenti previsti dallo screening medesimo;
- complessivo trattamento dei suoi dati personali, necessario per le finalità previste dal programma di screening;

Chiede di accettare la sua richiesta di partecipazione allo screening proposto per la prevenzione del tumore del colon-retto e fornisce di seguito i suoi recapiti telefonici.

Tel. Casa: _____

Tel. Cellulare: _____

Altro recapito telefonico: _____

Data, _____

Firma _____

Informativa privacy (art.13 D.Lgs 196/03) (da leggere attentamente e conservare)

Nel caso Lei intenda aderire alla nostra campagna di diagnosi precoce del tumore del Colon Retto, La informiamo di quanto segue.

La normativa sulla tutela della privacy (D. Lgs 196/03) prevede infatti che Lei esprima il Suo consenso per il trattamento dei Suoi dati per consentire alla Segreteria Organizzativa Screening dell' ASUR - Zona Territoriale n. 3 ubicata presso l'Ospedale di Fano, Via Vittorio Veneto n. 2 di trattare i dati medesimi.

La informiamo che la finalità di tale trattamento rientra pienamente tra quelle previste dalla legge, ossia "prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a tutela della salute e dell'incolumità fisica dei pazienti".

I Suoi dati saranno utilizzati nei modi previsti dalle norme e nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio e potranno essere comunicati **solo se necessario**, agli altri soggetti che partecipano al percorso previsto nel programma di screening.

I dati sono le informazioni personali e sanitarie che La riguardano. In assenza di tali dati non sarà possibile includerLa nello screening e quindi offrirLe la possibilità di seguire questo programma gratuitamente e con le modalità previste.

La sua adesione al programma espressa nella formula che segue varrà, pertanto come consenso al trattamento dei Suoi dati.

Poichè nella gestione dei dati saranno adottate tutte le misure previste dalla legge a garanzia che i trattamenti avvengano in ambiti di assoluta sicurezza, saranno garantiti sia l'integrità dei suoi dati che l'accesso ad essi da parte esclusivamente di personale autorizzato.

I dati potranno essere trattati su supporto cartaceo e/o informatico.

Le ricordiamo, ad ogni modo, che ai sensi dell'art.7 D.Lgs. 196/03 ha diritto di:

- conoscere i Suoi dati in trattamento;
- sapere come i dati vengono utilizzati e per quali finalità;
- conoscere il nome della persona che ha il compito di conservarli e di proteggerli;
- sapere a chi vengono comunicati e chi può venirne a conoscenza;
- chiedere l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettifica dei suoi dati;
- chiedere la cancellazione (purchè non debbano essere conservati per legge), la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché opporsi in ogni caso, per giusti motivi, al loro utilizzo.

Per esercitare i Suoi diritti in materia di protezione dei dati personali e per ottenere, eventualmente, le generalità degli operatori incaricati al trattamento dei Suoi dati, potrà contattare l'Ufficio Referente Privacy - U.O.C Affari Generali - Dirigente Dott. Giuseppe Loco - Zona Territoriale n. 3 Via Ceccarini n. 38 Fano, al numero 0721 882592.

Il Titolare del trattamento è L'ASUR - Azienda Sanitaria Unica Regionale, con sede in Ancona, Via Caduti del Lavoro n. 40 nella persona del suo legale rappresentante.

Consenso al trattamento dati personali
(da consegnare al farmacista all'atto del ritiro del flacone di raccolta feci)

Io sottoscritto/a _____,
avendo ricevuto l'informativa sui trattamenti che verranno effettuati sui miei dati

Do il consenso

Nego il consenso

al trattamenti dei miei dati personali.

Data, _____

Firma _____