

Allegato 6 - Dichiarazione sulle modalità di utilizzo delle Immunoglobuline Anti-D, nel caso di madre Rh negativo e neonato Rh positivo

DICHIARAZIONE SULLE MODALITÀ DI UTILIZZO DELLE IMMUNOGLOBULINE ANTI-D, NEL CASO DI MADRE RH NEGATIVO E NEONATO RH POSITIVO

La sottoscritta, Ostetrica regolarmente iscritta all'Ordine di al numero di posizione, considerata la richiesta di rimborso per parto domiciliare presentata presso codesta ASL da parte della Signora

Nata il a

E residente in

U.M. epoca presunta parto

Con Gruppo Rh negativo, allegato alla presente, dichiara, in merito al DCA 395/2016, di provvedere autonomamente alla determinazione del gruppo e fattore Rh del nascituro, e di somministrare sotto la propria responsabilità la profilassi Anti-D, previa acquisizione del consenso informato sottoscritto dalla madre, in caso di gruppo Rh positivo del neonato.

DATA

Timbro e Firma

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, per brevità, solo "GDPR"), l'ASL Roma 2, in qualità di titolare del trattamento, La informa che i dati conferiti mediante la compilazione del presente modulo saranno trattati per la gestione in tutte le sue fasi della richiesta e verranno da noi conservati fino alla conclusione della stessa. Il conferimento delle informazioni richieste è necessario e in mancanza non sarà possibile dare seguito alla Sua richiesta. Base giuridica del trattamento si rinviene nell'essere lo stesso necessario a provvedere all'istanza formulata dall'interessato. Lei potrà far valere in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del GDPR contattando il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo dpo@aslroma2.it e, laddove ritenesse, infine, che il trattamento avvenga in violazione del GDPR, proporre reclamo all'autorità Garante per la Protezione dei Dati personali, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso ovvero adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).