
Accordo di riservatezza e non divulgazione per visitatori, ospiti o partecipanti

Premesso che, per “visitatori professionali o partecipanti” si intendono persone che, in qualità di professionisti esterni o partecipanti ad eventi, accedono temporaneamente alle strutture ospedaliere per finalità professionali o di formazione, senza intrattenere un rapporto contrattuale formale con l'EOC.

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) considera la riservatezza e la tutela della sfera privata un valore fondamentale e una missione essenziale, impegnandosi a proteggere con la massima cura le informazioni sanitarie dei pazienti, al di là degli obblighi legali. È possibile che, nonostante tutti gli sforzi ragionevoli, durante la Sua visita Lei possa ascoltare o osservare informazioni private e personali sui nostri pazienti. Come condizione per la Sua visita, è necessario rispettare i seguenti requisiti:

1. **Riservatezza delle informazioni:** durante la Sua visita, potrebbe venire a conoscenza di informazioni personali e sanitarie sui pazienti. Accetta di non cercare accesso a queste informazioni e, se dovesse acquisirle, di non discuterne con nessuno, a meno che ciò non rientri nello scopo della visita.
2. **Divieti:**
 - È fatto assoluto divieto di registrare, fotografare e filmare all'interno delle strutture dell'EOC. Non scriverà, registrerà, fotograferà, filmerà o conserverà informazioni sullo stato di salute o sulle cure dei pazienti.
 - Non accederà né consulterà cartelle cliniche, dati personali, né li copierà o diffonderà in alcun modo.
 - Non maneggerà materiali contenenti informazioni sanitarie o personali.
3. **Conseguenze:** comprende che qualsiasi accesso inappropriato a dati personali o a zone riservate al personale autorizzato comporterà l'interruzione immediata della visita e potrà essere perseguito legalmente.

Se ha domande, contatti il Servizio Protezione dati e Privacy dell'EOC al numero 091 811 12 55 prima di firmare. Non firmi se non comprende pienamente questo accordo.

Firmando, dichiaro di aver letto e compreso le regole sopra riportate riguardanti la privacy dei pazienti e la riservatezza delle informazioni che li riguardano, e accetto di rispettarle, in conformità con le politiche dell'EOC e le normative legali in materia di protezione dei dati e della riservatezza.

Nome e Cognome: _____

Se minorenne, inserire i dati del rappresentante legale: _____

Luogo e Data: _____

Firma per Accordo: _____

(Se minorenne, firma del rappresentante legale)