

**Dichiarazione di adesione al Codice di Autoregolamentazione
Telemedicina FIMMG
Scheda per Produttore di Tecnologia**

Azienda (di seguito "struttura") _____

Ragione Sociale _____

Sede e Dati fiscali _____

Il sottoscritto/a _____

in qualità di Legale rappresentante della Struttura _____

dichiara di aderire al Codice di Autoregolamentazione Telemedicina FIMMG

A tal fine allega alla presente una copia del Codice, con inserita in calce la frase "per integrale accettazione del presente Codice di Autoregolamentazione" e con apposta la propria firma

e sotto la propria responsabilità dichiara che:

- i propri dispositivi medici, idonei alle attività di telemedicina, rispondono alla legislazione corrente in materia di sicurezza ed efficacia, come definite nelle direttive comunitarie per la certificazione di dispositivi medici e relative linee guida ed agli standard di qualità internazionali.

I dati sanitari sono trasmessi su piattaforme dotate di sistemi crittografici che permettono comunicazioni sicure.

I propri dispositivi medici, idonei alle attività di telemedicina, sono tutti in grado di interoperare con il Cloud di NetMedica Italia.

I dati acquisiti saranno trattati secondo le normative di cui al dlgs 196/2003 e successive modifiche e secondo le indicazioni del garante. I dati, sia riferiti ai medici e/o ai pazienti, non possono essere altrimenti utilizzati e/o trasferiti a terzi senza esplicita autorizzazione del medico di riferimento del paziente.

La struttura si assume la responsabilità di ogni danno che possa derivare al paziente per malfunzionamento della apparecchiatura diagnostica, esclusi gli errori derivati da errato utilizzo da parte dell'operatore o per difetti di trasmissione dei dati e a tal fine dichiara di aver attivato idonea polizza assicurativa (Estremi della polizza di Assicurazione) _____

Nel caso di contenzioso con il paziente il foro competente è quello di residenza del paziente stesso mentre nel caso di contenzioso con il singolo medico il foro competente è quello di residenza del medico

Luogo e data _____ Firma _____