

**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 \_\_\_\_\_