

**ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO  
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (PRIVACY)**

art. 81 D.lgs 196/2003

“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro

Io sottoscritto (nome e cognome) .....

nato a ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale

residente a (Comune, Prov) ..... via (indirizzo) .....

per sé oppure in qualità di:  Tutore  Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale  Rappresentante Legale

Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale

di (nome e cognome) .....

nato/aa..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale

residente a (Comune, Prov) ..... via (indirizzo) .....

Ricevuta l' informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. 196/2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”, pubblicata anche sul sito [<http://www.aas5.sanita.fvg.it>] e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili,
2. il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte,
3. potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli documenti relativi ad episodi di diagnosi e cura;
4. per la modifica o l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi a DIRETTORE SANITARIO dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”

dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

**1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

(dati prodotti e utilizzati da Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale” per erogare le prestazioni richieste)

**1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”**

SI

NO (FINE DELLA COMPILAZIONE)

**2) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO  
E/O CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**

**SEZIONE A - CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO (DSE)**

(“contenitore” di dati prodotti da Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”, consultabili all'interno dello stesso)

**A1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO E ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI**

SI (SI VADA AL PUNTO A2)

NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE B)

**A2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PREGRESSI**

SI (SI VADA ALLA SEZIONE B)

NO (SI VADA ALLA SEZIONE B)

**SEZIONE B - CONSENSO AL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)**

(“contenitore” di dati prodotti da Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”, consultabili anche da altri enti e professionisti sanitari del sistema sanitario regionale)

**B1) ACCONSENTO ALLA COSTITUZIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE E ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DI TUTTI I DATI PRODOTTI DA ORA IN POI**

SI (SI VADA AL PUNTO B2)

NO (SI VADA ALLA SEZIONE D)

**B2) ACCONSENTO ALL'INSERIMENTO NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO ANCHE DI TUTTI I DATI PREGRESSI**

SI (SI VADA ALLA SEZIONE C)

NO (SI VADA ALLA SEZIONE C)

**SEZIONE C – CONSENSO ALLA DISPONIBILITÀ DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DI NATURA CLINICA CONTENUTI  
NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI ENTI SOCIO-SANITARI REGIONALI**

*(per soli scopi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)*

**C1) ACCONSENTO CHE I DATI PRESENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI ENTI ED OPERATORI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (SSR)**

SI A TUTTI (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

SI, SOLO AD ALCUNI (SI VADA AL PUNTO C2)

NO A NESSUNO (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

**C2) DESIDERO CONSENTIRE LA VISIBILITÀ AI SEGUENTI ENTI/OPERATORI:**

**C2.1) ENTI:**

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO

A.A.S. N.2 – BASSA FRIULANA – ISONTINA

ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO GAROFOLO DI TRIESTE

A.A.S. N.3 – ALTO FRIULI – COLLINARE – MEDIO

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

**C2.2) OPERATORI DEL SSR:**

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO E MEDICI E LUI ASSOCIATI

**SEZIONE D - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E  
FORMAZIONE**

*(con l'obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)*

**D1) ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESSE LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE E/O FILMATE RELATIVE AGLI INTERVENTI CHIRURGICI, OGGETTO DEL TRATTAMENTO, RESI ANONIMI, POSSANO ESSERE UTILIZZATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA, FORMAZIONE E STUDIO DI PATOLOGIE**

SI

NO

***Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente (AAS5) salvo revoca e/o modifica e/o raggiungimento della maggiore età.***

***In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)***

Data..... / ..... / 201....

Firma .....

*Firma estesa e leggibile*

*riservato all'ufficio*

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE OR..... DATA..... FIRMA OPERATORE .....

INSERIMENTO IN GECO: OPERATORE OR.....N° REG.GECO ..... FIRMA OPERATORE .....

Note: .....