

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"

Regione Friuli Venezia Giulia  
Servizio Sanitario Regionale

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA di UDINE

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità e ai sensi della normativa vigente, dichiaro

lo 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  Legale rappresentante

di (nome e cognome).....

nato/a a ..... 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 internet aziendale [www.asuiud.sanita.fvg.it](http://www.asuiud.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 all'Ufficio Relazioni col Pubblico (U.R.P.) dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine,

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 Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

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

(dati prodotti e utilizzati dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, per erogare le prestazioni richieste)

1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine,  
SI  NO  (FINE DELLA COMPILAZIONE)

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

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

("contenitore" di dati prodotti da questa Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, 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 PRECEDENTI

SI  (SI VADA ALLA SEZIONE B)

NO  (SI VADA ALLA SEZIONE B)

**SEZIONE B - 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)*

**B1) ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESI LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE 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 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 CF..... DATA ..... FIRMA OPERATORE.....

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

Note: .....