

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro (art.46 e 47 DPR 18.12.200, n.445):

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

Minorenne esercitante la potestà genitoriale

di (nome e cognome).....

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

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

Ricevuta l'informazione, pubblicata anche sul sito <https://asuiud.sanita.fvg.it/info-legali/consenso-trattamento-dati>, e consapevole che:

1. il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e particolari,
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 Privacy

DICHIARO di aver compreso le informazioni fornite e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati personali e particolari da parte dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

## 1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI CON IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

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

("contenitore" di dati prodotti dall'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

SÌ (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

SÌ (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, COMPRESSE 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

SÌ

NO

## 2) PRESA VISIONE DELLE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni

Data ...../...../.....

Firma estesa e leggibile

*riservato all'ufficio*

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

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

Note: .....

*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).*