

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA  
**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA di UDINE**  
**Presidio Ospedaliero Universitario Santa Maria della Misericordia**

Azienda Sanitaria Universitaria di Udine  
Titolare del Trattamento  
Via Pozzuolo, 330 - UDINE

Oggetto: Esercizio del diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti, di cui all'art.7  
D.Lvo 196/2003 (Codice in materia di trattamento dei dati personali).

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

nato/a a ..... il ..... / ..... / ... C.F: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità dichiaro,  
per sé oppure in qualità di:  Tutore  Amministratore di sostegno  
 Esercente la potestà genitoriale  Legale rappresentante

di (nome e cognome).....

nato/a a..... il ... / ... / ..... C.F:

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

Indicare un recapito telefonico: Tel.:.....Cell.....

**RICHIEDO** che i dati personali e sensibili relativi agli eventi clinici e/o documenti prodotti da codesta Azienda e specificati sotto, **SIANO OSCURATI (Resi non visibili)** sui Sistemi Informatici della stessa:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Alla presente si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità. Tale richiesta può essere inviata tramite posta ordinaria all'indirizzo sopra riportato, da casella di posta elettronica certificata alla casella [asuiud@certsanita.fvg.it](mailto:asuiud@certsanita.fvg.it).

Distinti saluti. Firma leggibile  
Luogo, ..... data .....

NOTE: Ai sensi dell'art.23 D.Lgs. 196/2003 e succ.mod. acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra riportati con modalità cartacea e/o elettronica, al fine della presente richiesta