

**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"*

lo sottoscritto (nome e cognome) .....

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

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

per sé  oppure

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

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 [www.asuits.sanita.fvg.it](http://www.asuits.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 alla Direzione Sanitaria presso l'Accettazione Amministrativa dell'Ospedale Maggiore o dell'Ospedale di Cattinara dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS);
- 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 Trieste, 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 Trieste ASUITS per erogare le prestazioni richieste)*

**1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI ASUITS**

SÌ  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 questa azienda ASUITS, consultabili all'interno della stessa)*

**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 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)**

*("contenitore" di dati prodotti da questa azienda ASUITS e consultabili anche da altre aziende ed 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**

SÌ (SI VADA AL PUNTO B2)  NO (SI VADA DIRETTAMENTE ALLA SEZIONE D)

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

SÌ (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 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:**

- A.A.S. N.2 – BASSA FRIULANA – ISONTINA                       AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE  
 A.A.S. N.3 – ALTO FRIULI – COLLINARE – MEDIO FRIULI                       ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO GAROFOLO DI TRIESTE  
 A.A.S. N.5 – FRIULI OCCIDENTALE                       CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO

**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 A 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 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 questa Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste 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: .....