



**ESPRESSIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E  
ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CON IL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**  
*Regolamento(UE) 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati",  
D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018  
"Linee Guida in materia di dossier sanitario" del 04 giugno 2015 doc web n.4084632*

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

Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale

Erede

di (nome e cognome) .....

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

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

Ricevuta l'informazione, 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 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'Accettazione Amministrativa dell'Ospedale Maggiore o dell'Ospedale di Cattinara dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS);

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 Trieste, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

**PRESA VISIONE DELLE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

1) DICHIARO DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

SI (SI VADA ALLA SEZIONE A)

NO (FINE DELLA COMPILAZIONE)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI CON DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

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

*("contenitore" di dati prodotti da ASUITS, consultabili all'interno di ASUITS)*

**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, 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/OP.....DATA.....FIRMA OPERATORE .....

INSERIMENTO IN GECO:

OPERATORE OR/OP.....N° REG.GECO .....FIRMA OPERATORE .....

Note: .....