

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 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

SI 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

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 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

SI (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

SI (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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A.A.S. N.2 – BASSA FRIULANA – ISONTINA | <input type="checkbox"/> AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE |
| <input type="checkbox"/> A.A.S. N.3 – ALTO FRIULI – COLLINARE – MEDIO FRIULI | <input type="checkbox"/> ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO GAROFOLO DI TRIESTE |
| <input type="checkbox"/> A.A.S. N.5 – FRIULI OCCIDENTALE | <input type="checkbox"/> 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.GECOFIRMA OPERATORE

Note: