

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”

Servizio Sanitario Nazionale
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 1 “TRIESTINA”

Consapevole che le dichiarazioni non veritiere sono punite dalla legge, sotto la mia responsabilità e ai sensi della normativa vigente, dichiaro
lo sottoscritta/o (nome e cognome)

Nata/o ail / /codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via (indirizzo)

per sé oppure in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno
Esercente la responsabilità genitoriale - legale rappresentante

di (nome e cognome).....

nata/o 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.aas1.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 S.C. Sistema Informativo dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1 “Triestina”
(indirizzo mail: oscuramento@aas1.sanita.fvg.it)

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 per l'Assistenza Sanitaria n°1 “Triestina”, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti e utilizzati da AAS1 per erogare le prestazioni richieste)

1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI AAS1

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 AAS1, 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**

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 AAS1 e consultabili anche da altri 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:

AAS2 BASSA FRIULANA- ISONTINA
AAS3 ALTO FRIULI –COLLINARE-MEDIO FRIULI
AAS4 FRIULI CENTRALE
AAS5 FRIULI OCCIDENTALE

AOUTS OSPEDALI RIUNITI
AOD S.MARIA DELLA MISERICORDIA
CENTRO ONCOLOGICO DI AVIANO
IRCCS BURLO GAROFOLO

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 E 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, COMPRESI LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE O FILMATE RELATIVE AGLI INTERVENTI CHIRURGICI, OGGETTO DEL TRATTAMENTO, RESI ANONIMI, POSSANO ESSERE UTILIZZATI PER SCOPI DI RICERCA, EPIDEMIOLOGIA, FORMAZIONE E STUDIO DI PATOLOGIE**
SI NO

*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)*

Data.../..... / 201....

Firma
Firma estesa e leggibile

riservato all'ufficio

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE ORDATA FIRMA OPERATORE.....

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

Note: