

Riservato all'ufficio  
Operatore \_\_\_\_\_  
Firma  
operatore \_\_\_\_\_



**CONFERMA DI AVVENUTA INFORMAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(Regolamento Europeo 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018)**

Il sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Documento d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

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

*Letta l'informativa, pubblicata anche sul sito [www.asugi.sanita.fvg.it](http://www.asugi.sanita.fvg.it) e consapevole che il trattamento riguarda, in particolare, i miei dati personali e particolari, DICHIARO di aver compreso le informazioni che mi sono state fornite*

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione delle informazioni sul trattamento dei dati personali

☐ SI

☐ NO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
*firma per estesa e leggibile*

**SEZIONE FACOLTATIVA**

**Chiedo che il trattamento dei miei dati personali avvenga unicamente all'interno dei Servizi dell'Area dipartimentale dipendenze. Sono consapevole che questo potrebbe non consentirmi di accedere a prestazioni erogate da altri reparti di ASUGI.**

**Sono consapevole che questo non sarà possibile nei casi previsti dalla legge (detenzione, misure alternative alla detenzione, etc.) e nel caso decida di usufruire di prestazioni specifiche (percorsi accertativi, comunità terapeutiche, esenzione ticket, etc)**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
*Firma per estesa e leggibile*

**Intendo avvalermi delle prestazioni in anonimato, previa deidentificazione, consapevole che questo non mi consentirà di accedere ad alcune prestazioni e che decadrà nei casi previsti dalla legge (detenzione, misure alternative alla detenzione, etc.) e nel caso decida di usufruire di prestazioni specifiche (percorsi accertativi, comunità terapeutiche, esenzione ticket, etc).**

Cartella POINT GEDI n. \_\_\_\_\_ Sigla identificativa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
*firma per esteso e leggibile*

**Chiedo che le notizie sul mio stato di salute vengano, se richiesto, comunicate**

• ai familiari: NO/SI. Se sì specificare nome e cognome \_\_\_\_\_

al medico da me prescelto: NO/SI: Se sì specificare nome e cognome \_\_\_\_\_

alle seguenti persone: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*firma per esteso e leggibile*