

**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”



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda per l'assistenza sanitaria

5 Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN)

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

Io sottoscritto (nome e cognome)

nato a il / / codice fiscale

residente a (Comune, Prov) via (indirizzo)

per sé oppure in qualità di: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale Rappresentante Legale

Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale

di (nome e cognome)

nato/aa..... 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 [<http://www.aas5.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 a DIRETTORE SANITARIO dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”

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° 5 “Friuli Occidentale”, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(dati prodotti e utilizzati da Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale” per erogare le prestazioni richieste)

1) ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”

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 Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”, 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 PREGRESSI

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 Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 “Friuli Occidentale”, 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 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 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE (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:

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO

A.A.S. N.2 – BASSA FRIULANA – ISONTINA

ISTITUTO PER L'INFANZIA BURLO GAROFOLO DI TRIESTE

A.A.S. N.3 – ALTO FRIULI – COLLINARE – MEDIO

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

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, COMPRESSE LE IMMAGINI FOTOGRAFICHE E/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 questo ente (AAS5) 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: