



Il 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

Esercente la potestà genitoriale

Minorenne esercitante la patria potestà o rappresentante legale

Amministratore di sostegno

Legale rappresentante

Erede

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.asuuits.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.

CONSENSO BASE – 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)

ACCONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DA PARTE DI ASUITS

SI (SI VADA ALLA SEZIONE A)

NO (FINE DELLA COMPILAZIONE)

SEZIONE A – CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI CON 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 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 TRATTAMENTO DEI DATI PER SCOPI DI RICERCA CLINICA, EPIDEMIOLOGIA E FORMAZIONE

(con l'obiettivo di migliorare le conoscenze, le cure e la prevenzione)

ACCONSENSO 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.GECOFIRMA OPERATORE

Note: