

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 – 33170 Pordenone (PN) – Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**All'Azienda sanitaria Friuli Occidentale**  
**Via Vecchia Ceramica n. 1**  
**33170 PORDENONE****ISTANZA**Il sottoscritto .....Nato il ..... a .....Residente in ..... via .....telefono ..... Codice fiscale .....**chiede**

- per sé stesso**
- per conto del Sig.** ..... Codice Fiscale .....
- Nato/a a ..... (.....) il .....
- Residente a ..... (.....) via ..... n. ....
- giusta delega       genitore del minore       tutore/curatore

**Data** ..... **Firma (leggibile)** .....**Dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 s.m.i.**

Dichiaro di essere stato informato che i dati personali sopra riportati saranno trattati, anche con strumenti informatici, come prescritto dalla disposizioni vigenti, ai fini del procedimento per il quale sono richiesti (liquidazione e pagamento rimborso e conseguenti adempimenti civilistici, contabili e fiscali) ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi esclusivamente a tale scopo.

**Data** ..... **Firma (leggibile)** .....***Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 s.m.i.***

L'Azienda sanitaria "Friuli Occidentale", in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'erogazione del servizio/prestazione richiesto/ a, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.

I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.

Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l'origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta. Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto.

**Il Responsabile del trattamento dei dati** è: Direttore Generale pro tempore - Tel. 0434 369918 - Per esercitare i diritti previsti all'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) dell' Azienda sanitaria "Friuli Occidentale" - Via Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone  
Tel. 0434/ 369988 – Fax. 0434/ 523011 – e-mail: [urp@asfo.sanita.fvg.it](mailto:urp@asfo.sanita.fvg.it)

\*\*\*\*\*

DELEGANTE (assistito) →

Il sottoscritto..... Codice Fiscale.....

Nato/a a.....(.....) il.....

Residente a .....(.....) via.....n.....

Recapito telefonico..... *(si allega fotocopia del documento di identità)*

**DELEGA** a presentare istanza

DELEGATO →

Il sottoscritto..... Codice Fiscale.....

Nato/a a.....(.....) il.....

Residente a .....(.....) via.....n.....

Recapito telefonico..... *(si allega fotocopia del documento di identità)*

**data**

**Firma del delegante**

.....

.....

**Allegati:** *documenti di identità del delegante e del delegato*