



INFORMATIVA PER IL CONSENSO

ai sensi del CODICE PRIVACY (D.Lgs 196/2003)

Gentile signora/e, desideriamo informarLa che:

- 1) La legge citata prevede la tutela dei dati personali che La riguardano, nel pieno rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali e della Sua dignità, oltre che delle norme sul segreto professionale e d'ufficio. Ai sensi della legge, è necessario acquisire il Suo consenso per effettuare il trattamento dei dati sensibili "idonei a rivelare lo stato di salute", cioè quelli indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica. Il trattamento dei dati è finalizzato all'erogazione complessiva delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che La interessano.
- 2) Il conferimento dei Suoi dati per l'esecuzione delle attività svolte nell' Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale" ha natura facoltativa ma il rifiuto di fornire il consenso al trattamento dei dati sensibili impedisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste.
- 3) Ai fini della legge citata ciascuna Azienda erogatrice è titolare, per tramite del suo legale rappresentante, dei dati inerenti ai trattamenti di propria pertinenza che La riguardano.
- 4) I responsabili del trattamento dei dati, in relazione alla loro specifica funzione e sede, sono riportati in un apposito elenco presso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale".
- 5) Lei ha diritto in ogni momento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs 196/2003, di ottenere la conferma dell'esistenza dei dati che la riguardano e la loro comunicazione in maniera intelligibile; ha inoltre diritto di conoscere le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza. Lei ha inoltre diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei Suoi dati personali.
- 6) Il trattamento dei dati che la riguardano e che la legge definisce "sensibili" è consentito dalla legge per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (accettazione, visite specialistiche, diagnosi, esami clinici, predisposizione di terapie ecc...) e/o quando è previsto da una norma di legge o di regolamento (Normativa per l'accertamento dell'invalidità civile, della condizione di handicap e dell'accertamento di disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo, norme in materia di adempimenti fiscali ed amministrativi interni, norme in materia di esenzione ticket ecc..).
- 7) I Suoi dati personali vengono trattati con strumenti elettronici e con procedure non automatizzate, nonché memorizzati su supporti informatici, su supporti cartacei o su altro tipo di supporto idoneo e sono custoditi e controllati in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta.
- 8) Con il presente atto Lei acconsente esplicitamente al complessivo trattamento, ed alla comunicazione interna, dei Suoi dati personali necessari per attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell' Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 "Friuli Occidentale", esclusivamente ai fini suddetti che La riguardano, anche attraverso il sistema informativo elettronico regionale. Si sottolinea che tutte le persone che tratteranno i suoi dati sono individualmente incaricate ed autorizzate e sono vincolate, oltre che al rispetto delle norme dettate dal D.Lgs 196/2003, al segreto professionale e d'ufficio.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(art. 76 e 81 D.Lgs 30/6/03 n. 196)

Il/La sottoscritto/a (*cognome e Nome*).....

Nato/a il

Residente a Via/P.zza..... n.....

In qualità di diretto/a interessato/a *Oppure (in caso di rappresentante legale)*

in qualità di

esercente la potestà di genitore tutore amministratore di sostegno

di (*cognome e nome*).....

Nato/a il

Residente a Via/P.zza..... n.....

DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili fornitagli ai sensi dell'art. 13 del Codice privacy e conseguentemente

ESPRIME IL CONSENSO

- **al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili, per le finalità di tutela della salute e della incolumità fisica, con riferimento alle prestazioni sanitarie.**

Località e data

.....

.....
(firma leggibile)

Spazio riservato all'ufficio in caso di consenso orale

Il sottoscritto, in qualità di dichiara di aver consegnato il modulo avente ad oggetto l'Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili e di aver ricevuto la manifestazione orale di consenso al trattamento da parte di (indicare nome e cognome), nato a, il, identificato previa esibizione di.....(indicare gli estremi del documento di riconoscimento)

Località e data

.....

FIRMA DELL'ADDETTO

.....