



## **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

.....