

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

lo sottoscritto/a (nome e cognome) .....

nato/a a ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a (Comune, Prov.) ..... via (indirizzo) .....


per sé **oppure** in qualità di:  Tutore  Amm. di sostegno  Esercente la potestà genitoriale  Legale rappresentante


di (nome e cognome) .....


nato/a a ..... il ..... / ..... / ..... codice fiscale 


--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a (Comune, Prov.) ..... via (indirizzo) .....

 **II TITOLARE DEL TRATTAMENTO** il Policlinico Città di Udine S.p.A. Casa di Cura Privata, mail [GDPR@policlinicoudine.it](mailto:GDPR@policlinicoudine.it), La informa che il **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI** (DPO) (art. 37 Reg. UE n. 2016/679) è l'avv. **Claudia Ogriseg** con Studio in Udine Via Carducci 44, mail [claudia.ogriseg@ogriseg.legal](mailto:claudia.ogriseg@ogriseg.legal) indirizzo PEC [claudia.ogriseg@avvocatiudine.it](mailto:claudia.ogriseg@avvocatiudine.it) e che i dati da Lei forniti saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa italiana nonché al Reg. UE n. 2016/679.

 **DATI PERSONALI: FINALITÀ, BASI GIURIDICHE E MODALITÀ DEL TRATTAMENTO** – I Suoi dati personali “comuni” (nome, cognome, indirizzo, codice fiscale, dati bancari etc.) sono acquisiti e trattati ai fini di registrazione paziente, prenotazione e refertazione di esami clinici o visite specialistiche via telematica o telefonica, in esecuzione di un contratto o adempimento di obblighi legali e fiscali attinenti alla fatturazione e alla registrazione delle scritture contabili obbligatorie. I Suoi dati personali “particolari” (es. sanitari, biologici, genetici, anche consistenti in immagini) sono acquisiti e trattati ai fini di diagnosi, assistenza, cura o terapia sanitaria o sociale, ovvero di gestione di sistemi e servizi sanitari o sociali, ricerca medica o biomedica, attività di teleconsulto, telediagnosi o telemedicina, indagini epidemiologiche sulla base del diritto dell’Unione, anche in forza del Suo consenso. Il trattamento dei Suoi dati personali avverrà con e senza l’ausilio di strumenti elettronici.

 **DESTINATARI DEI DATI** – I Suoi dati potranno essere comunicati a personale sanitario, enti pubblici o autorità amministrative per le erogazioni di prestazioni sanitarie convenzionate, amministrazioni regionali, enti locali (comuni e province), enti previdenziali e/o assistenziali, assicurazioni, laboratori di analisi, organi costituzionali o di rilevanza costituzionale, autorità e uffici giudiziari. In ogni caso i Suoi dati non saranno diffusi e saranno utilizzati/comunicati esclusivamente ai fini di tutela della Sua salute e per la gestione delle attività amministrative di supporto all’attività sanitaria, nel rispetto delle disposizioni normative.

 **CONSERVAZIONE DEI DATI** - I Suoi dati saranno conservati per il periodo necessario all’espletamento di tutte le attività connesse al servizio offerto, ai sensi di legge e della disciplina sanitaria regionale. Il Titolare del trattamento si riserva il diritto di valutare una conservazione di maggior durata in caso di necessità ai fini difensivi e giudiziari. I Suoi dati personali sono conservati all’interno dello Spazio Economico Europeo e comunque nel rispetto dell’art. 46 GDPR.

 **DIRITTI DELL’INTERESSATO** - In relazione ai trattamenti dei dati personali sopra elencati Lei ha facoltà di esercitare i diritti previsti dall’art. 15 e ss. del Reg. UE n.2016/679. In particolare, potrà richiedere:

- la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali ottenendo l’accesso ai dati personali nonché l’origine di tali dati, le finalità, le modalità del trattamento, i destinatari a cui i dati possono essere comunicati, e le logiche applicate in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;
- l’aggiornamento, l’integrazione, la rettifica, la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati personali;
- la limitazione o interruzione del trattamento dei dati personali;
- il ricevimento in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, dei dati personali o la trasmissione degli stessi ad altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità);
- l’attestazione che quanto richiesto sia stato portato a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi;
- tutte le informazioni disponibili sull’origine dei Suoi dati qualora non siano stati raccolti presso di Lei.

L’esercizio dei suddetti diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta a mezzo mail all’indirizzo: [GDPR@policlinicoudine.it](mailto:GDPR@policlinicoudine.it) ovvero a mezzo racc. a.r., o a mezzo raccomandata a mani presso la sede legale del Titolare del trattamento. Decorso 1 mese (salvo proroga connessa alla complessità e al numero delle richieste), Lei ha diritto di presentare reclamo all’Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali nelle forme e nei modi previsti dalla legislazione vigente.

Essendo stato/a informato/a in merito a:

- identità del Titolare e Responsabile della protezione del dato;
- finalità, basi giuridiche e modalità del trattamento;
- destinatari dei dati e periodo di conservazione degli stessi;
- diritti degli interessati;

così come indicati nell'informativa che precede, nonché in quella completa disponibile sul sito web <https://www.policlinicoudine.it/pagina/documenti>

Presto il mio:

## 1) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acconsento alla trasmissione dei dati personali anche "particolari" (sanitari, biologici, genetici) ad altre strutture convenzionate, per finalità di prevenzione, diagnosi e cura in caso di assenza di motivi di interesse pubblico.

**SI**  **NO**

## 2) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CON FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

### SEZIONE A - CONSENSO AL FASCICOLO ELETTRONICO (FSE)

A1) Acconsento alla costituzione del fascicolo sanitario elettronico e all'inserimento nel fascicolo sanitario elettronico di tutti i dati prodotti da ora in poi

**SI** (si vada alla sezione A2)  
 **NO** (si vada direttamente alla sezione B)

A2) acconsento all'inserimento nel fascicolo sanitario elettronico anche di tutti i dati precedenti

**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)*

B1) Acconsento che i dati clinici, comprese 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**

**In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante (anche in copia)**

Letto, confermato e sottoscritto

Data ..... / ..... / 20.....

Firma .....

*Firma estesa e leggibile*