SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA di UDINE

Azienda Sanitaria Universitaria di Udine
Titolare del Trattamento
Via Pozzuolo, 330 - UDINE

Oggetto: Esercizio del diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti, di cui all'art.7 D.Lvo 196/2003 (Codice in materia di trattamento dei dati personali).

Io sottoscritto (nome e cognome) .....

nato/a a ..... il ..... / ..... / ... C.F: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

per sé oppure in qualità di: ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno
☐ Esercente la potestà genitoriale ☐ Legale rappresentante

di (nome e cognome).....

nato/a a..... il ... / ... / ..... C.F: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Indicare un recapito telefonico: Tel.:.....Cell.....

RICHIEDO che i dati personali e sensibili relativi agli eventi clinici e/o documenti prodotti da codesta Azienda e specificati sotto, SIANO DEOSCURATI (Resi nuovamente visibili) sui Sistemi Informatici della stessa:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Alla presente si allega fotocopia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità. Tale richiesta può essere inviata tramite posta ordinaria all'indirizzo sopra riportato, da casella di posta elettronica certificata alla casella asuiud@certsanita.fvg.it.

Distinti saluti. Firma leggibile

Luogo, ... data .....

NOTE: Ai sensi dell'art.23 D.Lgs. 196/2003 e succ.mod. acconsento al trattamento dei miei dati personali sopra riportati con modalità cartacea e/o elettronica, al fine della presente richiesta