



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

**SEZIONE C – CONSENSO ALLA DISPONIBILITÀ DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI DI NATURA CLINICA CONTENUTI  
NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DA PARTE DI ENTI SOCIO-SANITARI REGIONALI**  
(per soli scopi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione)

C1) ACCONSENTO CHE I DATI PRESENTI NEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO PERSONALE VENGANO MESSI A DISPOSIZIONE DI  
TUTTI GLI ENTI ED OPERATORI DEL SSR

SI A TUTTI (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D) SI, SOLO AD ALCUNI (SI VADA AL PUNTO C2)  
NO A NESSUNO (SI VADA DIRETTAMENTE AL PUNTO D)

C2) **DESIDERO CONSENTIRE LA VISIBILITÀ AI SEGUENTI ENTI/OPERATORI:**

**C2.1) ENTI:**

ASUI TS – AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI TRIESTE	AAS5 FRIULI OCCIDENTALE
AAS2 BASSA FRIULANA - ISONTINA	IRCCS BURLO GAROFOLO
AAS3 ALTO FRIULI – COLLINARE - MEDIOFRIULI	CENTRO ONCOLOGICO DI AVIANO

**C2.2) OPERATORI DEL SSR:**

PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA  
PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO  
PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI LIBERA SCELTA ED OGNI SUO SOSTITUTO E MEDICI E LUI ASSOCIATI

**SEZIONE D - 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)

D1) ACCONSENTO CHE I DATI CLINICI, COMPRESI 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

**Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questo ente salvo revoca e/o modifica e/o  
raggiungimento della maggiore età.  
In caso di delega alla consegna, presentarsi con delega e documento in corso di validità proprio e del delegante  
(anche in copia).**

Data ...../...../201....

Firma .....  
*Firma estesa e leggibile*

*Riservato all'ufficio*

RACCOLTA CARTACEA: OPERATORE OR ..... DATA ..... FIRMA OPERATORE .....

INSERIMENTO IN GECO: OPERATORE OR ..... N° REG.GECO ..... FIRMA OPERATORE .....

Note: .....