



Gentile utente,

ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196,  
il Direttore Generale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n°4 Enna,  
nella qualità di Titolare del trattamento dei dati personali e/o sensibili,

**CONSENSO DELL' UTENTE INTERESSATO  
ALLE PRESTAZIONI**

Le comunica che i dati che Lei ci fornisce all'atto di sottoporsi alla prestazione sanitaria, rientrano nel novero dei dati cosiddetti "sensibili" di cui al comma 1, lett. d) dell'articolo 4 del Decreto Legislativo citato, vale a dire i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

Il/La sottoscritto/a ..... , acquisite le informazioni di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 196/2003,  esprime  non esprime \* il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali dichiarando che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili".  
Acconsente, inoltre, fin d'ora, che possono essere fornite notizie, in ordine al proprio stato di salute, alle sotto indicate persone

I dati che Lei ci fornisce sono necessari:

- ai fini della corretta compilazione dei referti diagnostici e/o terapeutici e dell'adozione delle soluzioni necessarie per la salvaguardia delle condizioni ottimali della salute, sia nei confronti della Sua persona che a tutela di terzi o della collettività e serviranno per rilevare il Suo stato attuale di salute;
- ai fini del regolare adempimento degli oneri amministrativi e fiscali connessi alla prestazione sanitaria nonché dell'archiviazione, custodia e rilascio, previa regolare richiesta, agli interessati o agli aventi diritto, degli atti e dei documenti sanitari prodotti.

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Il .....

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Il .....

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... Il .....

L'eventuale comunicazione e/o diffusione dei Suoi dati potrà avvenire esclusivamente quando ciò sia previsto da una legge o da un regolamento oppure, nella ipotesi in cui la comunicazione avvenga nei confronti di altro Ente Pubblico non economico, risulta necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali oppure per esclusivi scopi scientifici o statistici; in quest'ultimo caso le eventuali comunicazioni avverranno in forma anonima, senza cioè menzione dei Suoi dati anagrafici.

Data .....

**Firma dell'interessato**

In particolare il Titolare Le comunica che:

- I Suoi dati personali (iniziali, informazioni anagrafiche, dati clinici nonché i dati idonei a rilevare il Suo stato di salute) potranno essere elaborati ed archiviati in forma cartacea, automatizzata e/o informatizzata, per le esclusive finalità connesse con l'espletamento delle prestazioni sanitarie.
- I Suoi diritti, in relazione all'accesso ai Suoi dati personali, sono quelli di cui all'articolo 7 del decreto legislativo citato e sono azionabili, con le modalità di esercizio stabilite dall'articolo 9, del medesimo decreto rivolgendosi al Responsabile del Trattamento, in calce segnato.
- Ella ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in maniera intelligibile. (art.7, punto 1).
- Ella ha diritto di ottenere indicazioni dell'origine dei dati personali, delle finalità e modalità di trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici. (art.7, punto 2, lett.a, b, c).
- Ella ha diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati. (art.7, punto 3, lett.a, b).
- Ella ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta ... (omissis). (art.7, punto 4 lett.a).
- In caso di riscontro ad una Sua specifica richiesta, i dati personali idonei a rilevare il Suo stato di salute Le saranno notificati dal Titolare o dal Medico da Lei designato.

**\* AVVERTENZE:**

Il mancato consenso al trattamento dei dati, ferma restando la garanzia della prestazione sanitaria, può comportare, tuttavia, difficoltà e/o pregiudizi collegati alla necessità dell'uso dei dati in questione.  
Restano fermi, comunque, gli obblighi imposti dalla vigente normativa in tema di tutela della salute collettiva e della sicurezza sociale.  
In ogni caso, l'Azienda dovrà rendere accessibili i dati su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, dell'Autorità Sanitaria e/o su richiesta dell'Istituto Assicuratore se l'utente è titolare di polizza assicurativa.

**Firma del Tutore congiunto .....**

(nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato - articolo 24 D.Lgs. 196/2003).

**SOTTOSCRIZIONE PER NON RENDERE NOTA  
LA PRESENZA NELLA STRUTTURA SANITARIA**

Il/La sottoscritto/a ..... chiede che non venga resa nota la propria presenza in questa Struttura a .....

Data .....

**Firma dell'interessato**

Il ritiro della documentazione sanitaria inerente la prestazione sanitaria potrà essere effettuata personalmente esibendo un Suo documento di riconoscimento. È in Sua facoltà provvedere al ritiro della predetta documentazione sanitaria tramite un Suo incaricato di fiducia per mezzo di delega scritta, unitamente alla copia fotostatica non autenticata di un Suo documento di riconoscimento. La documentazione richiesta Le sarà rilasciata in busta chiusa.  
Il Responsabile del trattamento dei dati personali e/o sensibili designato è il/la  
Dott. ....  
(Responsabile della Struttura che ha erogato la prestazione sanitaria)