



Regione Siciliana
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

Corso Gelone, 17 – 96100 Siracusa (SR)
Cod. Fisc./P.IVA: 01661590891

**Dichiarazione consenso alla costituzione e alimentazione del
Dossier Sanitario Elettronico e pregresso**

(ai sensi dell'art. 7 del Reg. Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati – Linee Guida del Garante Privacy in tema di DSE del 4/6/2015)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente in _____ in via _____

Codice Fiscale _____, in qualità di interessato al trattamento dei dati personali, avvalendomi della facoltà concessa dall'art.46 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritieri richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARO

di aver acquisito e compreso l'Informativa dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 (pubblicata anche sul sito www.asp.sr.it) e di essere consapevole che il trattamento riguarderà i dati personali e i dati particolari ritenuti indispensabili per l'erogazione e la gestione delle prestazioni richieste.

**Consenso al trattamento dei dati personali e particolari con
Dossier Sanitario Elettronico (DSE)**

[“contenitori” informatici di dati sanitari prodotti dall’ASP di Siracusa, consultabili esclusivamente da professionisti della stessa, con l’obiettivo di migliorare i processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione]

**Consenso per costituzione e inserimento nel DSE, dei miei dati relativi alle
prestazioni sanitarie odierne e future**

[resta ferma la possibilità di manifestare di volta in volta, in occasione di ogni singolo evento clinico, il proprio diniego all'inserimento dello stesso nel DSE (oscuramento)]

**Consenso per inserimento nel DSE dei miei dati sanitari relativi alle
prestazioni pregresse** [] SI [] NO

**Consenso all'utilizzo dei miei dati sanitari in forma anonima, contenuti del
DSE, per finalità di didattica, studio e ricerca** [] SI [] NO

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente in questa ASP di Siracusa salvo revoca e/o modifica.

Luogo e Data _____

Firma dell'Interessato _____

Compilazione riservata a:

Unità Operativa/Ufficio_____ del PO_____

Ambulatorio di_____ del Distretto_____

Data_____

Operatore_____ (firma)_____

Note_____
