

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile signore/a,

abbiamo bisogno di trattare informazioni che la riguardano, i suoi dati personali, per le finalità di diagnosi e/o cura come sotto meglio indicate, a tal fine, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), le forniamo le informazioni che seguono.

1. Titolare del Trattamento e Responsabile della protezione dei dati.

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è la USL Umbria 1 (di seguito più brevemente AUSL), con, sede in Perugia, via Guerra 21, rappresentata dal Direttore generale pro-tempore.

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo inglese DPO, è il soggetto che assiste e vigila il titolare nel trattamento dei dati personali, fungendo da punto di contatto con l'Autorità di Controllo (il Garante per la Privacy)

Il Responsabile per la protezione dei dati dell'AUSL, Dott. Fabrizio pPalini, può essere contattato:

- via email all'indirizzo [dpo@uslumbria1.it](mailto:dpo@uslumbria1.it)
- per posta ordinaria presso la sede di Perugia; si prega di precisare sulla busta la dicitura: "All'attenzione del DPO - Riservato".
- per telefono al n. 075 5412101 - 3475195679
- fisicamente presso la sede di Perugia previo appuntamento.

### PRESTAZIONE DEL CONSENSO Pazienti/Utenti

Preso visione delle informative pubblicate nel sito <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/privacy> in piena libertà, esprimo il consenso al trattamento dei dati che mi riguardano, per ciascuna delle finalità sotto indicate, apponendo un segno  nella casella corrispondente. Resta inteso che in assenza di segni che indichino chiaramente la volontà, il consenso non si intende prestato.

FINALITÀ DI TRATTAMENTO		
Per fornire informazioni circa il suo stato di salute al suo medico di medicina generale (medico di assistenza primaria, ovvero medico di famiglia) o pediatra di libera scelta.	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
Per comunicare informazioni alle strutture esterne o professionisti o Istituti di seguito indicati (es. Istituti previdenziali di sanità complementare, mutue, assicurazioni, banche, aziende convenzionate nell'ambito di progetti di welfare aziendale ecc.):	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
Per comunicare informazioni ai familiari/fiduciari	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
Per dare informazioni a richiedenti in occasione di visite, circa la propria dislocazione nei reparti	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
Per lo studio, la ricerca epidemiologica, scientifica e statistica nei limiti e con le modalità previste dalla normativa.	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI****PRESTAZIONE DEL CONSENSO Dipendenti**

Presa conoscenza della informativa che precede, liberamente esprimo la mia volontà barrando la casella corrispondente di cui sotto. Nel caso in cui non sia esercitata alcuna opzione, ovvero in caso di opzioni contraddittorie, il consenso si considera negato.

Per la promozione dell'Azienda in materiali informativi per quanto riguarda immagini riprese in occasione di eventi e/o manifestazioni e/o allestimenti promozionali.	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>
Per soddisfare sue espresse richieste, quali trattenute sindacali.	<input type="checkbox"/> <b>ACCONSENTO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON ACCONSENTO</b>

[LUOGO] il [DATA]

..... il ..... firma .....