



Regione Siciliana  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA**

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

**Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali  
con Dossier Sanitario Elettronico (DSE)**  
(ai sensi dell'art. 7 del Regolamento Europeo 679/2016 sulla Protezione dei dati)

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 veritiere 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](http://www.asp.sr.it), sezione "Amministrazione  
trasparente") 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**

*[resta ferma la possibilità per l'interessato di manifestare di volta in volta, in  
occasione di ogni singolo evento clinico, il proprio diniego all'inserimento dello  
stesso nel DSE (oscuramento)]* [ ] SI [ ] NO

**Consenso per inserimento nel DSE anche di tutti i dati pregressi**

[ ] 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_