

**ISTANZA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI OBLIO ONCOLOGICO
(Legge n. 193 del 7 dicembre 2023)**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n.° _____

domiciliato/a _____ via _____ n.° _____

Codice fiscale _____ Patente di Guida n. _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

☐ **Per se medesimo**

☐ **Oppure in qualità di:** ☐ **Esercente la responsabilità genitoriale**
☐ **Rappresentante legale / tutore / amministratore di sostegno**

di _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n.° _____

domiciliato/a _____ via _____ n.° _____

Codice fiscale _____ Telefono/ e-mail _____

Patente di Guida n. _____

CHIEDE

Il rilascio del certificato di “oblio oncologico” ai sensi della Legge n. 193 del 7 dicembre 2023.
A tal fine si allegano i seguenti certificati:

1) Oggetto _____ data di rilascio _____

Struttura o medico che ha rilasciato la documentazione _____

2) Oggetto _____ data di rilascio _____

Struttura o medico che ha rilasciato la documentazione _____

3) Oggetto _____ data di rilascio _____

Struttura o medico che ha rilasciato la documentazione _____

4) Oggetto _____ data di rilascio _____

Struttura o medico che ha rilasciato la documentazione _____

Luogo e data _____

(firma leggibile) _____

(firma leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati personali per rilascio del certificato di oblio oncologico (L. 193 del 7/12/2023)

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____

il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____

Il sottoscritto (nome e cognome) _____ nato a _____

il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____

per se medesimo

oppure

per (nome e cognome) _____ nato a _____ il

____ / ____ / ____ codice fiscale _____

dichiarando, consapevole di quanto prescritto dagli art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, di essere:

1. ☐ Tutore ☐ Legale rappresentante ☐ Amministratore di sostegno
2. ☐ Esercente la responsabilità genitoriale. In tale caso dichiarando altresì:
 - ☐ di essere entrambi presenti;
 - ☐ di essere unico genitore presente, ma di avere informato della scelta l'altro genitore, che lo stesso è d'accordo e che potrà eventualmente intervenire se cambiasse idea;
 - ☐ di essere unico esercente la responsabilità genitoriale.

DICHIARA di aver preso visione e compreso le informazioni sul trattamento dei dati personali per il rilascio del certificato di oblio oncologico (L. n. 193 del 7.12.2023) e conseguentemente

☐ ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

☐ NON ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Luogo e data _____

(firma leggibile) _____

(firma leggibile) _____

INFORMATIVA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

- I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda saranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trentina (ASUIT) e in particolare per il rilascio del certificato di oblio oncologico.
- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
- I dati personali saranno comunicati all'interessato secondo quanto previsto dalle Schede del Regolamento provinciale per il Trattamento dei dati sensibili (Decreto del Presidente della P.A. di Trento n. 27-129/LEG di data 8 ottobre 2013).
Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere inoltre comunicati ad altri soggetti pubblici.
- L'ASUIT, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate, previa autorizzazione, la documentazione sanitaria (es: dati relativi alla salute) presente negli applicativi sanitari aziendali.
- Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per ASUIT, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- I dati personali saranno conservati negli archivi dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trentina secondo il vigente Manuale di gestione.
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trentina (ASUIT) con sede legale in via Degasperi n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi tramite l'ufficio URP sito al Palazzo Stella in Via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento – tel. 0461/904172 - urp@asuit.tn.it - asuit@pec.asuit.tn.it
- I dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati personali (RDP) dell'ASUIT sono i seguenti: via Degasperi 79-38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it
- L'interessato può esercitare, nei confronti del titolare ed in ogni momento, i diritti previsti dal Regolamento.
- L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

LUOGO E DATA _____

FIRMA _____ (in qualità di _____)