

ALL'ATTENZIONE DI

UFFICIO PRIVACY

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA

FRIULI CENTRALE

privacy@asufc.sanita.fvg.it

MODULO PER LA SEGNALAZIONE DI UNA VIOLAZIONE DEI DATI PERSONALI

DATA BREACH

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa, Dirigente S.O.C. / S.O.S.
....., segnala quanto segue.

1. Tipologia di violazione

- A) VIOLAZIONE DELLA RISERVATEZZA (diffusione di dati, accesso non autorizzato o accidentale)
- B) VIOLAZIONE DELL'INTEGRITA' (modifica di dati non autorizzata o accidentale)
- C) VIOLAZIONE DELLA DISPONIBILITA' (impossibilità di accesso ai dati, perdita, distruzione non autorizzata o accidentale)

2. Quando si è verificato l'evento

.....
.....
.....

3. Descrizione dettagliata dell'evento

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Elementi / circostanze che si ritiene utili indicare

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma leggibile