

REGIONE MOLISE



Consenso al trattamento dei propri dati personali tramite il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) per finalità di cura

Il sottoscritto _____ nato a _____
il ____ / ____ / ____ codice fiscale _____ residente in _____
_____ presso via _____ documento di riconoscimento

CONSAPEVOLE CHE

- prestando il consenso alla consultazione del FSE, i soggetti del SSN, dei servizi sociosanitari regionali nonché gli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito, anche al di fuori del SSN, potranno consultare i dati ed i documenti presenti nel suo FSE, inclusi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, al fine di acquisire informazioni utili per una cura più sicura ed appropriata;
- il consenso alla consultazione del FSE prestato per finalità di cura non consente in ogni caso: (i) l'accesso in consultazione alle informazioni relative alle esenzioni per reddito ed ai relativi codici, che restano consultabili solo dall'assistito; (ii) l'accesso in consultazione ai dati sottoposti a maggior tutela dell'anonimato, a meno che l'assistito decida liberamente di renderli visibili a terzi previo esplicito, informato e specifico consenso reso al soggetto che eroga la prestazione;
- il mancato consenso alla consultazione del FSE, o la sua successiva revoca, non pregiudica il diritto all'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- il consenso prestato ha validità permanente salvo il diritto di revocarlo in ogni momento;
- per ogni ulteriore chiarimento o necessità è possibile rivolgersi all'Ufficio Rapporti con il Pubblico;

DICHIARA

- di aver preso visione dell'informativa relativa al Fascicolo sanitario elettronico (FSE), resa dalla Regione Molise, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Ue 2016/679, e disponibile presso gli sportelli territoriali regionali di ASREM nonché accessibile sul portale di riferimento alla URL <https://www.regione.molise.it/fse/consenso-informativa>;
- di **acconsentire** alla consultazione, per finalità di cura, del fascicolo sanitario elettronico da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie, anche privati, che mi prendono in cura.

Luogo e data _____, _____

Firma (per esteso) _____

N.B. - Si allega alla presente, copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del sottoscritto.