

# REGIONE MOLISE



## Consenso al trattamento dei propri dati personali tramite il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso via \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento  
\_\_\_\_\_

### CONSAPEVOLE CHE

- il trattamento dei dati personali, oggetto del presente consenso, riguarda sia dati di tipo comune che dati idonei a rivelare lo stato di salute;
- il consenso alla consultazione del FSE è finalizzato a permettere ai professionisti sanitari di acquisire informazioni utili per una cura più sicura e appropriata e che il mancato consenso alla consultazione del FSE non comporta conseguenze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie;
- per ogni ulteriore chiarimento o necessità è possibile rivolgersi all'Ufficio Rapporti con il Pubblico;

### DICHIARA

- di aver preso visione delle informative relative al Fascicolo sanitario elettronico (FSE), rese dalla Regione Molise, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Ue 2016/679, e accessibili sul portale di riferimento alla URL <https://www.regione.molise.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1>;
- di **acconsentire** alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie, anche privati, che mi prendono in cura.

### SI RAPPRESENTA ALTRESI' CHE

il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica.

C.basso, \_\_\_\_\_

Firma (per esteso) \_\_\_\_\_

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