REGIONE MOLISE

Consenso al trattamento dei dati personali
di soggetti sottoposti a tutela
tramite il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)

Il sottoscritto _____nato a_____

il____ / ____ / ____ codice fiscale _____residente in _____

_____ presso via _____ documento di riconoscimento

_____

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, in qualità di

- ☐ Tutore
- ☐ Legale rappresentante
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Altro *(specificare)* _____

di _____ nato a _____ il____ / ____ / ____ codice fiscale _____ residente in _____

_____ presso via _____

CONSAPEVOLE ALTRESÌ 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 della persona sottoposta a tutela sopra indicata da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie;

SI RAPPRESENTA ALTRESI' CHE

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

C.basso, _____ ***Firma del soggetto dichiarante _____***

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