

REGIONE MOLISE



Revoca 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 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 **revocare** la consultazione del fascicolo sanitario elettronico della persona sottoposta a tutela sopra indicata da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie.

SI RAPPRESENTA ALTRESÌ CHE

la presente revoca ha validità permanente salvo modifica.

C.basso, _____

Firma del soggetto dichiarante _____

Si allega alla presente, copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del dichiarante.