

REGIONE MOLISE

Revoca del consenso al trattamento dei dati personali di soggetto delegante 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 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

DICHIARA

- di rendere la dichiarazione di cui al presente modulo nell'interesse di _____, nato/a a _____ il ___ / ___ / ___ codice fiscale _____ residente in _____ presso via _____, sulla base della delega da questi rilasciata;

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;
- per effetto della revoca del consenso alla consultazione, sarà disabilitato l'accesso in consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE per finalità di cura ai soggetti del SSN e dei servizi sociosanitari regionali nonché agli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito, anche al di fuori del SSN, fermo restando che i dati e i documenti presenti nel FSE rimangono sempre consultabili, oltre che dall'assistito stesso, dai soggetti che li hanno prodotti;
- la revoca del consenso non pregiudica in alcun modo il diritto all'erogazione delle prestazioni sanitarie e ha validità permanente, fermo restando il diritto del delegante, in ogni momento, di esprimere un nuovo consenso alla consultazione dei dati e documenti contenuti nel FSE;
- per ogni ulteriore chiarimento o necessità è possibile rivolgersi all'Ufficio Rapporti con il Pubblico;

DICHIARA

- di aver preso visione, al pari del soggetto delegante, 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 **revocare**, in nome e per conto del delegante, il consenso alla consultazione, per finalità di cura, del FSE del delegante sopra indicato da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie che lo prendono in cura.

Luogo e data _____, _____ **Firma del soggetto dichiarante** _____

N.B. - Si allega alla presente, copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del sottoscritto e del delegante, nonché copia della delega rilasciata.

REGIONE MOLISE



Delega per la manifestazione del consenso / per la revoca del consenso all'accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico

Il sottoscritto (DELEGANTE) _____ nato/a
a _____ il ____ / ____ / ____ codice fiscale
_____ residente in _____ presso via
_____ identificato/a mediante documento di riconoscimento*:
Tipo di documento _____ Numero di documento _____ rilasciato da
_____, in data __/__/__ con scadenza in data __/__/__;

DELEGA

Il Sig./la Sig.ra (DELEGATO/A) _____ nato/a
a _____ il ____ / ____ / ____ codice fiscale
_____ residente in _____ presso via
_____ identificato/a mediante documento di riconoscimento*:
Tipo di documento _____ Numero di documento _____ rilasciato da
_____, in data __/__/__ con scadenza in data __/__/__

A:

Rendere, per conto del delegante, la dichiarazione di revoca del consenso alla consultazione, per finalità di cura, del fascicolo sanitario elettronico (FSE) del delegante sopra indicato da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie.

FIRMA DEL DELEGANTE:

- FIRMA: _____
- LUOGO E DATA: _____

*Si allega alla presente copia fotostatica fronte/retro dei documenti di riconoscimento in corso di validità