

REGIONE MOLISE

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

- 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 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 del delegante 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, 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 **acconsentire**, in nome e per conto del delegante, alla consultazione, per finalità di cura, del fascicolo sanitario elettronico del delegante sopra indicato da parte dei soggetti e degli esercenti le professioni sanitarie.

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 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