

# REGIONE MOLISE



## Consenso al trattamento dei dati personali di soggetti minori 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

### DICHIARA

a) di esercitare la responsabilità genitoriale del minore  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ /  
\_\_\_ / \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ presso via \_\_\_\_\_

b) di

- esprimere il consenso anche per conto dell'altro soggetto che esercita la responsabilità genitoriale di seguito indicato \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ presso  
via \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento  
\_\_\_\_\_ e che lo stesso è informato della scelta;

- di essere unico esercente la responsabilità genitoriale;

### 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 del minore sopra indicato 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, fino al raggiungimento della maggiore età del minore sopra indicato.

*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.*