

REGIONE MOLISE

Revoca del consenso al trattamento dei dati personali di soggetti minori 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

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

b) di

- ☐ essere delegato ad esprimere la revoca del 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 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, 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 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** il consenso alla consultazione, per finalità di cura, del FSE del minore 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 dell'altra persona che esercita la responsabilità genitoriale (se presente), nonché copia della delega da questi rilasciata.