

REGIONE MOLISE



Consenso al trattamento dei dati personali di soggetti sottoposti a tutela 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, in qualità di

- Tutore
- Legale rappresentante
- Amministratore di sostegno
- Altro (*specificare*) _____

di _____ nato a _____ il ___ /
___ / ___ codice fiscale _____ residente in _____
_____ presso via _____, munito dei necessari poteri

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;
- fatto comunque salvo il diritto di revocarlo in ogni momento, il consenso prestato ha validità fino al raggiungimento della maggiore età da parte del minore, il quale dovrà poi confermarlo con un'espressa manifestazione di volontà dopo aver preso visione dell'informativa;
- 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 **acconsentire** alla consultazione, per finalità di cura, del fascicolo sanitario elettronico della persona sottoposta a tutela sopra indicata 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.