



MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA A FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Ai sensi del regolamento U.E. 2016/679 e DPR 445/2000, art. 46

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
 nato/a a _____ provincia _____ il ____/____/_____
 residente a (comune, provincia) _____
 indirizzo _____ cap _____
 codice fiscale _____
 documento di riconoscimento _____

consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art.76 del DPR 445/2000), dichiara

a) di essere genitore non soggetto a limitazioni della propria responsabilità genitoriale di:

1) (nome e cognome) _____
 nato a _____ provincia _____ il ____/____/_____
 codice fiscale _____

2) (nome e cognome) _____
 nato a _____ provincia _____ il ____/____/_____
 codice fiscale _____

3) (nome e cognome) _____
 nato a _____ provincia _____ il ____/____/_____
 codice fiscale _____

b) di aver letto e di aver compreso l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 2016/679, sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) in ordine al trattamento dei dati personali in ragione di:

- alimentazione a nome del/dei minori sopra indicati del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con i loro dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute progresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari) dei minori;
- consultazione del FSE da parte di soggetti autorizzati;

e consapevole che:

- il trattamento riguarda in particolare i dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute;
- il consenso una volta manifestato potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento in tutto o in parte;
- potrò chiedere l'oscuramento di un documento alla struttura che lo ha prodotto; i dati oscurati saranno visibili solo alla struttura che li ha prodotti ed all'assistito, al compimento della maggiore età;

c) di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili, nell'interesse del/dei minori sopra indicati, secondo quanto qui di seguito indicato (*selezionare le opzioni che interessano*):

1) **consenso alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte degli operatori autorizzati**

SI NO

2) **consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio – sanitari pregressi, prodotti precedentemente alla sua attivazione**

SI NO

d) che l'altro genitore del/dei minori sopra indicati è (*selezionare l'opzione che interessa*):

- deceduto (allegare copia del certificato di morte)
- decaduto dalla responsabilità genitoriale (allegare copia del provvedimento di decadenza)
- impossibilitato a presentarsi di persona (solo in questo caso indicarne nome e cognome ed allegare apposita dichiarazione del genitore assente e fotocopia di un suo documento di riconoscimento, entrambe firmate in originale).

(nome e cognome del genitore assente): _____

Il/La sottoscritto/a chiede l'accesso al fascicolo sanitario elettronico del/dei minori sopra indicati come di seguito indicato:

ACCESSO AL FSE SI NO

Luogo _____ **Data** _____

Firma (per esteso e leggibile)
