



**MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA**

Ai sensi dell'art. 7 e 81 D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali e art. 46 DPR 445/2000

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (Comune, Provincia) _____ via / piazza _____ cap _____

in proprio

Ovvero, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

Oggetto: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Legale rappresentante

di (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (Comune, Provincia) _____ via / piazza _____ cap _____

a) dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito <https://sanita.regione.abruzzo.it/fse> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:

- Attivazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Alimentazione del suddetto FSE con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari);
- Consultazione del FSE da parte di soggetti da me 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 decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione inseriti o già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;
- Per la modifica o la revoca del consenso o per chiedere, modificare o revocare l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi ai soggetti indicati sul portale all'indirizzo <https://sanita.regione.abruzzo.it/fse>;

b) dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa, di prestare liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili da parte delle Strutture sanitarie



secondo quanto qui di seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):

- 1) Acconsento all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio - sanitari generati successivamente alla sua attivazione:

SI NO

- 2) Acconsento all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio - sanitari generati anteriormente alla sua attivazione:

SI NO

- 3) Acconsento alla consultazione del fascicolo sanitario elettronico da parte di tutti gli Operatori ed Enti del Sistema Sanitario Nazionale¹ come qui di seguito indicato:

SI a tutti NO a nessuno

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica. L'interessato minorenne, al raggiungimento della maggiore età, dovrà manifestare un nuovo consenso.

In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Luogo _____ Data _____ Firma (per esteso) _____

Spazio riservato all'ufficio

Raccolta del Modulo

Modulo raccolto dall'operatore _____ in data _____

Firma Operatore _____

NOTE: _____

Caricamento del Modulo su

Modulo caricato dall'operatore _____ in data _____

Firma Operatore _____

NOTE: _____

¹ Per "Operatore del Sistema Sanitario Nazionale" si intende, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il Medico chirurgo, l'Infermiere che operano nell'Ente selezionato; si rinvia alla normativa vigente per l'elenco completo delle figure professionali qualificabili come Operatori del SSN.



**MODULO REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
EFFETTUATO CON IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) E DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA**

Ai sensi dell'art. 7 e 81 D.lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali e art. 46 DPR 445/2000

Io sottoscritto (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (Comune, Provincia) _____ via / piazza _____ cap _____

in proprio

Ovvero, consapevole della responsabilità penale per dichiarazioni false o mendaci ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in qualità di:

Oggetto: Tutore Amministratore di sostegno

Esercente la potestà genitoriale

Legale rappresentante

di (nome e cognome) _____
Nato a _____ il ____/____/____ codice fiscale _____
Residente a (Comune, Provincia) _____ via / piazza _____ cap _____

a) dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 sul trattamento dei dati personali effettuato con il fascicolo sanitario elettronico (FSE) pubblicata anche sul sito <https://sanita.regione.abruzzo.it/fse> in ordine al trattamento dei miei dati personali in ragione di:

- Alimentazione a mio nome del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) con i miei dati personali e sensibili e idonei a rivelare lo stato di salute pregresso e futuro (in seguito per brevità dati sanitari e socio – sanitari);
- Consultazione del FSE da parte di soggetti da me 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 decidere di oscurare in qualsiasi momento ogni singolo documento o informazione inseriti o già presenti nel FSE fermo restando che i dati oscurati saranno sempre visibili dal titolare che li ha generati;
- Per la modifica o la revoca del consenso o per chiedere, modificare o revocare l'oscuramento di cui sopra potrò rivolgermi ai soggetti indicati sul portale all'indirizzo <https://sanita.regione.abruzzo.it/fse>;

b) dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa, dichiaro di voler revocare, liberamente e consapevolmente, il consenso al trattamento dei dati sanitari e socio-sanitari personali e sensibili secondo quanto qui di



seguito indicato (selezionare le opzioni che interessano):

1) Revoco il consenso all'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico :

SI NO

in caso di revoca del consenso all'alimentazione del FSE, verranno revocati tutti gli altri consensi resi. Altrimenti:

2) Revoco il consenso alla consultazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte di tutti gli Operatori ed Enti del Sistema Sanitario Nazionale¹ come qui di seguito indicato:

SI NO

3) Revoco il consenso all'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico con i dati sanitari e socio – sanitari pregressi, prodotti precedentemente alla sua attivazione:

SI NO

La presente revoca al trattamento dei dati ha validità permanente salvo modifiche. L'interessato minorenni, al raggiungimento della maggiore età, dovrà manifestare una nuova revoca del consenso.

In caso di consegna da parte di terzi del presente Modulo, il soggetto incaricato, munito di un proprio documento di identità, deve presentarsi con delega e con fotocopia fronte retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del delegante.

Luogo _____ Data _____ Firma (per esteso) _____

Spazio riservato all'ufficio

Raccolta del Modulo

Modulo raccolto dall'operatore _____ in data _____

Firma Operatore _____

NOTE: _____

Caricamento del Modulo su

Modulo caricato dall'operatore _____ in data _____

Firma Operatore _____

NOTE: _____

¹ Per "Operatore del Sistema Sanitario Nazionale" si intende, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il Medico chirurgo, l'Infermiere che operano nell'Ente selezionato; si rinvia alla normativa vigente per l'elenco completo delle figure professionali qualificabili come Operatori del SSN.