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

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:

☐ 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l’informativa ai sensi dell’art. 13 del GDPR 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:

* consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE da parte dei soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei servizi sociosanitari regionali, nonché di tutti gli esercenti le professioni sanitarie, per le sole finalità di cura;

e consapevole che:

* il trattamento riguarda i dati personali comuni ed i dati appartenenti a particolari categorie di dati, 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>.

1. 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 appartenenti a particolari categorie, idonei a rivelare lo stato di salute, da parte delle Strutture sanitarie secondo quanto qui di seguito indicato:

**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 ☐ NO**

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*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modulo caricato dall’operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Operatore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_