

	MODULO CONSENSO/REVOCA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA <i>ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'art. 46 DPR 445/2000</i>	Rev. 1 Sett-2020
		Pag. 1 di 4

MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI 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 _____

a) 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>.

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 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 Nazionale, come qui di seguito indicato

SI NO

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 CONSENSO/REVOCA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA <i>ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'art. 46 DPR 445/2000</i>	Rev. 1 Sett-2020
		Pag. 2 di 4

Il presente consenso al trattamento dei dati ha validità permanente salvo revoca e/o modifica. L'interessato minorenni, 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: _____

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 CONSENSO/REVOCA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA <i>ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'art. 46 DPR 445/2000</i>	Rev. 1 Sett-2020
		Pag. 3 di 4

MODULO REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI 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 _____

- a) dichiaro di aver ricevuto e di aver compreso l'informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 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>;
- b) dichiaro, per mio conto o nell'interesse del soggetto rappresentato di cui alla dichiarazione sostitutiva rilasciata in premessa, di voler revocare, liberamente e consapevolmente, il consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a particolari categorie di dati, idonei a rivelare lo stato di salute:

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

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

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 CONSENSO/REVOCA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (FSE) E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA <i>ai sensi dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679 e dell'art. 46 DPR 445/2000</i>	Rev. 1 Sett-2020
		Pag. 4 di 4

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.